Nr. 1. 6. stycznia 1929. Rok VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent. Lwów.

Etjologja i patogeneza dychawicy oskrzelowej.

Z II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki

Pojęcie dychawicy czyli astmy było znane jeszcze starożytnym lekarzom, stosowane było jednak dawniej do wszelkich zaburzeń w oddechaniu, połączonych z dusznością. Ale już Seneca opisuje nagle zjawiające się i nagle ustępujące napady dychawicy, na które sam cierpiał.

W piśmiennictwie lekarskiem późniejszych czasów — XVII i XVIII wieku — spotykamy już bardzo ciekawe i charakterystyczne spostrzeżenia, odnoszące się do napadowej dychawicy. — I tak van Helmont (sam cierpiący na dychawicę oskrzelową) zwraca uwagę na zależność występowania napadów od miejsca pobytu chorego. On n. p. dostawał napadów w Brukseli, podczas gdy w innych miejscowościach czuł się dobrze. Zjawisko to tłómaczył sobie wpływem warunków klimatycznych. Willis (także astmatyk) który jako świetny anatom zdawał sobie sprawę, że mięśnie oskrzeli są także unerwione, zwraca pierwszy uwagę na nerwowy charakter napadu. Floyer opisuje ostrą rozedmę płuc przy napadzie. Brée podnosi oprócz momentów nerwowych także zaburzenia w sekrecji błony śluzowej oskrzeli co uważa za najistotniejsze dla dychawicy oskrzelowej. Willis chwali świetne działanie opium w napadzie. W XVIII wieku szereg autorów zwraca uwagę na fakt, jak różne czynniki, w różnych przypadkach wywołują napad i stara się przeprowadzić podział etjologiczny astmy: *asthma idiosyncrasicum, asthma abdominale* i t. p. Podziały te jednak nie były istotne i zbyt daleko idące. Razem wziąwszy widzimy, że już oddawna znano omawiane schorzenie i wiedziano o całym szeregu faktów i szczegółów bardzo ciekawych i charakterystycznych.

Dopiero jednak wielki Laennec zwraca uwagę na rzecz najistotniejszą: na nagły skurcz mięśni oskrzelików, czem tłómaczy napad dychawicy. Teorja ta jeszcze po dziś dzień się utrzymała i to na pierwszem miejscu i najrozleglejsze znajduje zastosowanie. Podnosi on również, że do skurczu tego przychodzi na drodze nerwowej i że nawet ów nieżyt oskrzeli *„Catarrhe sec"*, tu spotykany, ma swe tło nerwowe.

Po teorji Laennec'a powstał jeszcze cały szereg nowszych poglądów i teoryj, stwarzając wielki chaos pojęć. Z całego szeregu teoryj, które już teraz należą do przeżytków, jak np. cyrkulacyjna teorja Grossmanna, na uwagę zasługują teorje: Webera, który tłómaczył napad nagłym obrzękiem błony śluzowej oskrzeli i oskrzelików wskutek zaburzeń naczynioruchowych i teorją Wintricha, który za przyczynę napadu uważał nagły, toniczny skurcz przepony. Ta ostatnia teorja w świetle badań rentgenologicznych nie utrzymała się również, gdyż obraz rentgenowski w czasie napadów skurczu przepony nie wykazał. Pozostają więc dwie teorje: teorja Laennec'a i teorja Webera, które, jak obecne badania wykazują, najprawdopodobniej są obie słuszne, w tym sensie, że oba momenty i skurcz oskrzeli i obrzęk naczynioruchowy błony śluzowej oskrzeli odgrywają tu rolę, tylko w pewnej grupie przypadków przewagę ma pierwszy, a w innej drugi moment.

Łączono etjologję dychawicy z jąkaniem; zapatrywania te nie znalazły wielu zwolenników, jakkolwiek nie jest wykluczone, że przynajmniej w pewnej ilości przypadków mogą mieć nieco słuszności.

* * *

Gdy obserwujemy przypadki dychawicy oskrzelowej ze względu na zawiły problem patogenezy i etjologji sprawy chorobowej, to przedewszystkiem uderza nas w oczy kwestja powstawania napadów. Tu przy dokładnej obserwacji widzimy nieraz ściśle określoną przyczynę, określone bodźce, które napady wywołują. Bodziec taki może być czasem zawsze jeden i ten sam, np. zetknięcie się ze ściśle określoną substancją (w przypadkach uczulenia), zazwyczaj jednak bodźców tych jest kilka naraz, nieraz jeden od drugiego odmiennej natury. Napad może występować odrazu po zadziałaniu danego bodźca, nierzadko jednak występuje dopiero w dłuższy czas po jego zadziałaniu, co naturalnie sprawę ogromnie wikła i obserwację lekarzowi znacznie utrudnia. Bodziec taki może mieć czasem charakter bardzo swoisty, t. zn., że zawsze wywołuje on równy chorobowy efekt, nieraz jednak ta swoistość zatraca się w większej ilości bodźców, lub co również nieraz się zdarza, niezawsze dany bodziec ma równy efekt, niezawsze po danym bodźcu występuje napad. Istnieją bodźce, które działają tylko w danym przypadku, a są zupełnie nieszkodliwe dla innych chorych na dychawicę oskrzelową, (jak np. przy uczuleniu), inne jednak zwłaszcza fizykalnej czy psychicznej natury, zdają się działać prawie na każdego chorego, zwłaszcza tam, gdy sprawa chorobowa jest dalej posunięta. Działanie to jeśli nie w zdecydowany sposób sprowadza napady, to jednak może pogarszać już istniejący zły stan, z innych przyczyn powstały, względnie sprowadzać lżejsze lub cięższe uczucie duszności bez wyraźnego napadu.

Tak np. wyższa temperatura, insolacja, spadek ciśnienia barometrycznego, wogóle bodźce działające ogólnie, zwłaszcza o wagotonicznym charakterze działania, względnie takie, które i u zdrowych, mogą wywoływać pewne uczucie utrudnienia oddechania zasługują tu na specjalne uwzględnienie.

Idąc w tym kierunku dalej spotykamy się z pewnemi obserwacjami, wskazującemi na to, że mogą istnieć pewne czynniki, które niemal u każdego człowieka są zdolne wywołać dychawicę. Mam tu na myśli prace Ancony i Storma van Leeuwen, którzy obserwowali do pewnego stopnia epidemiczne występowanie dychawicy, jak się później okazało przez stykanie się z pewnemi pasożytami, zanieczyszczającemi zboże. Każdy, kto z tem zbożem miał do czynienia, zapadał na dychawicę.

Jednakowóż tego rodzaju spostrzeżenia, jakkolwiek bardzo ciekawe ze względu na możliwości etjologiczne dychawicy oskrzelowej, należą do prawdziwych rzadkości. Prawie wyłącznie w przypadkach zwykle spotykanych widzimy, że napady są wywoływane przez różne bodźce, nieraz bodźce życia codziennego, zupełnie nieszkodliwe dla nie-astmatyków.

Już tu od samego początku musimy podnieść, że jeżeli nawet znajdziemy w danym przypadku przyczynę wywołującą napady, to jednak tem tylko sprawy etjologji jeszcze nie rozstrzygnęliśmy dokładnie. Należałoby się zastanowić, dlaczego właśnie u tego człowieka, czy to dane uczulenie, czy np. polipy nosowe, czy wreszcie każdy inny czynnik jest zdolny wywołać napady dychawicy oskrzelowej, podczas gdy te same czynniki u innych ludzi, żyjących w zupełnie identycznych warunkach, nie wywołują niczego. Na podstawie już tych prostych a zasadniczych obserwacyj, dochodzimy do przekonania, że w kwestji etjologji dychawicy oskrzelowej nie będzie rzeczą rozstrzygającą znalezienie poszczególnego bodźca wywołującego napady, czy nawet ewentualnie poznanie sposobu i mechanizmu działania tego bodźca. Rzeczą równie ważną, a może nawet najważniejszą, tak ze względów teoretycznych jak i praktycznych, będzie wykrycie zmian w samym organiźmie, które umożliwiają chorobotwórcze działanie danego bodźca, które więc właśnie odróżniają organizm chory od organizmu zdrowego, które więc są dla sprawy chorobowej najistotniejsze. Zdanie to należałoby obecnie specjalnie podkreślić, bo zwłaszcza badania ostatnich czasów zbyt namiętnie dążą do wykrycia tylko jedynie bodźców wywołujących, nieraz kosztem sprawy zasadniczej. Niewątpliwie musimy dążyć zawsze do poznania i usunięcia bodźców, czyto swoistych wywoływaczy w przypadkach uczulenia, czy polipów nosowych w przypadkach dychawicy odruchowej, ale nie możemy zapominać, że tem tylko sprawy nie uleczyliśmy, musimy pamiętać, że te poszczególne bodźce mogą się wzajemnie zastępywać, jeden wchodzić w miejsce drugiego, bo pozostała jeszcze w organiźmie owa, mówiąc ogólnie, dyspozycja do dychawicy. Fakt, o którym nieraz wielu zapomina, a potem się dziwi, czemu „trafnie" obrane leczenie zawiodło!

Sadzę więc, że kwestję etjologji i patogenezy dychawicy oskrzelowej należy rozpatrywać z dwojakiego punktu widzenia:

1) ze względu na pewien stan, czy dyspozycję w całym organiźmie, czy tylko w organie płuc istniejącą, która umożliwia występowanie napadu dychawicy oskrzelowej po zadziałaniu odpowiedniego bodźca;

2) ze względu na czynnik czy to czynniki bezpośrednio wywołujące napady.

O ile czynniki drugie mogą być bardzo rozmaite w różnych przypadkach, o tyle czynnik pierwszy jest w ogólnych zarysach zawsze podobny, choć muszę podnieść, że i tu istnieją pewne różnice, nawet zasadnicze. Odnośnie do mechanizmu samego napadu podnieść należy, że jakkolwiek istnieją tu pewne różnice, zależne od samego bodźca, to jednak charakter samego napadu, charakter duszności jest zawsze prawie taki sam.

W celu rozstrzygnięcia przyczyny duszności, jakoteż poznania, w jaki sposób bodźce wywołują dane zmiany, np. skurcz oskrzeli, zwrócono się do anatomji patologicznej i do doświadczeń. Tu jednak już z góry jasnem było, że w sprawie tak czysto funkcjonalnej, jak astma, anatomja patologiczna dać nam dużo nie może, u zwierzat zaś dychawica oskrzelowa samoistnie nie występuje, eksperymenty zaś autorów amerykańskich, którzy twierdzą, że „wywołali sztuczną astmę u zwierząt“ przeprowadzane są w tak niefizjologicznych warunkach (prawie izolowane płuca), że nie można ich porównać z prawdziwym napadem u człowieka i opierać się na nich nie można.

Co do obrazów anatomo-patologicznych, to spotykamy tu przedewszystkiem rozedmę płuc, tą jednak należy uważać za sprawę wtórną. Wiele więcej mówiącym jest przerost błony śluzowej oskrzelików, spotykany przez wielu autorów, a który dotyczy głównie mięśni. Prawdopodobnie jednak najczęściej jak w przypadku Faschingbauera, przerost dotyczy wszystkich warstw ściany oskrzelików. Charakterystyczny naciek leukocytów eozynofilnych w ścianie oskrzelików nieraz tu spotykamy. Interesujące są badania Hubera i Kösslera, którzy w przypadku astmy allergicznej widzieli zmiany anatomiczne takie, jakie spotykamy przy klasycznym wstrząsie anafilaktycznym w płucach świnki morskiej.

Naogół jednak te zmiany anatomiczne nie są zbyt charakterystyczne. Podobne zmiany, jakkolwiek w nieco mniejszym odsetku przypadków i może mniej wybitne spotykamy i u nieastmatyków, zwłaszcza przy przewlekłym nieżycie oskrzeli. Ewentualnie istniejące zmiany w ośrodkach nerwowych i nerwach są zbyt subtelne, aby obecnemi metodami można je było wykazać.

Zwracają uwagę badania Trendelenburga, a później wielu innych autorów, wykazujące, że drażnienie nerwu błędnego powoduje skurcz oskrzeli, drażnienie zaś nerwów współczulnych rozszerzenie tychże. Ostatnio Rittman powtórzył te same badania na oskrzelach na zwłokach ludzkich wkrótce po śmierci z tym samym wynikiem. To wskazuje na sposób, w jaki dany bodziec wywołuje wyżej opisane zmiany. Że drogą przez nerw działają bodźce odruchowe, psychiczne, nawet fizyczne, nie ulega wątpliwości; również bodźce chemiczne, czyto jady anafilaktyczne czy jady podobne do histaminy, które nawet powstają na miejscu, w oskrzelach, czy to allergeny, które dostały się przez drogi oddechowe, najprawdopodobniej działają także drogą nerwową, przynajmniej na zakończenia nerwowe: w każdym razie stan nerwów i zakończeń nerwowych dla działania nawet tych ostatnich bodźców, ma bardzo ważne znaczenie.

Już z tego cośmy dotychczas powiedzieli, wynika, że w etjologji dychawicy oskrzelowej ważne będzie miał znaczenie stan nerwu błędnego. Ponieważ nerwu błędnego nie możemy braz z osobna, gdyż należy on ściśle do całego wielkiego układu wegetatywnego, dlatego rozważmy tutaj, jaką rolę w etjologji dychawicy oskrzelowej ma cały ten układ.

Układ wegetatywny.

Wpływ układu nerwowego mimowolnego (wegetatywnego) na powstawanie dychawicy oskrzelowej, a zwłaszcza wpływ nerwu błędnego był znany już od dawna, od czasu kiedy zapoznano się bliżej z czynnością nerwu błędnego w płucach. Oto już Beer, Brodie, Dixon, Ransen, Januschke, Pollak, Trendelenburg, Rittmann, wykazali że drażnienie nerwu błędnego powoduje skurcz mięśni oskrzeli i oskrzelików, co jak wielka ilość badań eksperymentalnych i spostrzeżeń klinicznych dowodzi, jest najbardziej istotnym momentem napadu dychawicy oskrzelowej. Natomiast w nerwach współczulnych znajdują się włókna, wpływające na rozszerzenie oskrzeli, jak tego dowiedli: Dixon, Ransen, Modrakowski, Jakson, Pick, Cloetta, Januschke, Pollak. Wyniki operacyjne Maks-Kappisa i Kümla, a nadto pewne doświadczenia, jak drażnienie nerwu błędnego podczas operacji, rolę obu układów wegetatywnych tu potwierdziły. Od epokowych dla nauki o układzie wegetatywnym prac Eppingera i Hessa sprawa ta weszła na tory właściwe.

Cały szereg spostrzeżeń klinicznych, jak n. p. choćby fakt, że napady występują głównie w nocy, a więc w czasie, gdy po wyłączeniu bodźców sympatikotonicznych, przeważa układ parasympatyczny, a dalej n. p. fakt, że stan chorych pogarsza się znacznie w czasie menstruacji, a więc w czasie kiedy jak wykazał M. Franke, występuje przejściowa lecz wybitna parasympatikotonja, a nadto działanie leków wegetatywnych, jak adrenalina, atropina i chlorek wapnia, stanowią dla sprawy tej, przynajmniej z klinicznego punktu widzenia, zupełnie pewną podstawę.

Zanim jednak przejdziemy do omówienia szczegółów, zajmiemy się dla lepszego ich zrozumienia i oceny, choć pobieżnie problemem układu wegetatywnego wogóle. Otóż problem ten nie przedstawia się tak prosto, jakby to się zdawać mogło i jak go niektórzy autorowie traktują. Przedewszystkiem układ nerwowy mimowolny (wegetatywny) nie jest układem zupełnie jednolitym, lecz składa się z całego szeregu członów. Mamy więc przedewszystkiem ośrodki wegetatywne najwyższe położone w ciałku prążkowanem, które to ośrodki połączone są znowu z korą mózgową, dalej ośrodki wegetatywne w międzymóżdżu, jeszcze niższe ośrodki na dnie komory czwartej i wreszcie nerwy obwodowe, sploty obwodowe i szereg obwodowo leżących urządzeń wegetatywnych. Cały układ wegetatywny rozpada się na dwie wielkie grupy: Układ parasympatyczny i sympatyczny. Jak daleko ku wyższym centrom sięga to zróżnicowanie, trudno określić. Niektórzy sądzą, że najwyższe ośrodki są jeszcze zróżnicowane na parasympatyczne i sympatyczne. Inni sądzą (Dressel), że te wyższe ośrodki są jednolite i służą do utrzymania równowagi w obu układach obwodowych. Nie wchodząc w istotę tej sprawy muszę podnieść, że oba te układy działają pod wieloma względami dokładnie antagonistycznie. Jednak i ten antagonizm istnieje tylko do pewnego stopnia, gdyż ponad nim daje się spostrzegać pewna korrelacja, a przedewszystkiem w stanie prawidłowym pewna równowaga między obома układami tak, iż każde wychylenie w pewnym kierunku jest prędzej lub później kompenzowane przez układ przeciwny. Nadto muszę podnieść fakt bardzo ważny a mianowicie, że pojęcie czynności jednego lub drugiego układu fizjologiczne a więc z naszego punktu widzenia pojęcie najważniejsze, nie pokrywa się z anatomicznem pojęciem tego układu. Jak przekonano się, nawet jądro nerwu błędnego ma w pewnej swej części komórki przynależne do układu sympatycznego. A nadto włókna nerwowe przebiegające w gałązkach nerwu błędnego przy gałązkach sympatycznych nie wszystkie należą do układu współimiennego, lecz niektóre wykazują swą przynależność do przeciwnego układu. Dlatego też pojęcie *Vagotonia* powinno nawet zniknąć, jako nieoddające istoty rzeczy, tembardziej, że *N. Vagus* nie wyczerpuje całego układu parasympatycznego, bo oprócz niego istnieje jeszcze układ parasympatyczny mózgowy, przebiegający razem z *N. oculomotorius*, a nadto nerwy należące do centrum *anococcigeum*. Jak już wyżej wspomniałem oprócz ośrodków i nerwów wegetatywnych istnieje cały szereg czynników obwodowych, a więc przedewszystkiem obwodowe zwoje i sploty nerwowe, a nadto zupełnie obwodowe komórki nerwowe wegetatywne, które spotykamy w każdym organie. A dalej zwłaszcza w stanach chorobowych musimy uwzględnić stan samych zakończeń nerwowych, względnie hipotetycznych wstawek między nerwem a organem końcowym. Ponadto, jak wiemy z badań Zondeka, Dressla, Glasera, Sochańskiego, i wielu innych niezmiernie ważną rolę odgrywają tu pewne jony przedewszystkiem jony H i OH i jony Ca i K. Przewaga jonów K charakteryzuje większą czynność i większą wrażliwość na bodźce parasympatyczne, Ca przeciwnie sympatyczne. Oprócz tego istnieje stale w ustroju cały szereg ciał organicznych, które przecież w wysokim stopniu wpływają na stan układu mimowolnego. Do tych należy przedewszystkiem adrenalina, jako ciało tak silnie działające sympatikomimetycznie, działające przeważnie obwodowo. Od dawna szukano analogon adrenaliny dla układu parasympatycznego. Doszukiwano się tegoż najpierw w wazodylatynie Popielskiego, potem w histaminie i w innych produktach rozpadu białka, dalej w cholinie i acetylocholinie, która już w wielkiem rozcieńczeniu działa energicznie parasympatikomimetycznie. Jakkolwiek ta ostatnia nigdy nie jest znajdywana w ustroju, to jednak prawdopodobnie ślady jej mogą się pojawiać przejściowo podobnie zresztą jak wiele innych ciał. Dodać do tego muszę, że i wydzieliny gruczołów inkretorycznych wspólnie z jonami jako hormony (Sochański) działają na układ wegetatywny, jak zresztą z drugiej strony układ wegetatywny wpływa na ilość a zdaje się także na jakość wydzielanych przez te gruczoły substancji. Tak więc układ wegetatywny stanowi z układem inkretorycznym jedną całość. Podnieść wreszcie muszę, że pewne organy, a nawet części tych organów znajdują się stale lub czasem przejściowo, zależnie od swych funkcji i procesów patologicznych, w stanie gdzie stale już organ ten reaguje przedewszystkiem i silniej na bodziec tylko pewn go układu. Tak np. komory serca stale znajdują się pod przeważającym wpływem układu sympatycznego, a przewód pokarmowy lub płuca przeważnie pod wpływem układu parasympatycznego.

Czy dzieje się to pod wpływem wyżej wspomnianych czynników obwodowych wegetatywnych, czy wskutek pewnych ciał samoistnie na miejscu w danych komórkach powstających, trudno określić. Wiemy, że wyciągi z tkanek pewnych, wstrzyknięte innemu zwierzęciu działają w tym kierunku, w jakim dana tkanka była nastrojona, n. p. wyciągi ze ścian przewodu pokarmowego działają parasympatico-mimetycznie, a z komór serca sympatikomimetycznie. Nadto Loewi wykazał, że przez drażnienie nerwu błędnego powstaje pewna substancja, która przeniesiona na niedrażnione serce żaby, działa tak, jak drażnienie nerwu błędnego. Tak więc obok drogi nerwowej działania pewnych bodźców istnieje droga humoralna, ściśle z pierwszą związana i jej najprawdopodobniej podporządkowana. Istnienie tej drogi humoralnej zupełnie nie zmniejsza znaczenia drogi nerwowej jako pierwszej i kierowniczej.

Jak widzieliśmy cały układ wegetatywny jako system złożony z wielkiej ilości członów, dzieli się na dwie wielkie grupy: układ parasympatyczny i układ sympatyczny. Każdy z tych układów ma jeszcze cały szereg członow. Ogólnej ilości tych członów dotychczas ściśle określić nie można. Nadmienić należy, że cały ten system nie jest strukturą martwą, lecz przeciwnie prawie każdy bodziec, prawie każda reakcja biologiczna przebiega przez cały ten układ, lub przez jego części. Znajduje się on więc w ciągłym ruchu, w ciągłej fluktuacji. Naturalnie tam, gdzie ośrodki regulujące są chorobowo upośledzone, fluktuacja ta będzie tem znaczniejsza. Tem też możemy sobie tłómaczyć fakt, dlaczego u tego samego chorego ten sam bodziec działa raz tak, drugi raz inaczej. Tak np. obserwowaliśmy chorego, u którego zastrzyk astmolizyny niezawsze miał równy skutek: zazwyczaj działał bardzo dobrze znosząc duszność, czasem jednak dołączały się nieprzyjemne objawy uboczne, jak drżenie rąk, ból głowy, ogólne podniecenie, z następowem osłabieniem, które raz doszło nawet do bardzo znacznego stopnia, tak, że chory musiał pozostać w łóżku bez ruchu przez całą dobę.

Odnośnie do możliwości patologicznych w układzie roślinnym, musimy podnieść, że w poszczególnych członach możemy mieć różne zmiany chorobowe, jak zwiększenie lub osłabienie napięcia (tonus), zwiększenie lub osłabienie pobudliwości i inne zmiany jakościowe w czynności. Uwzględniwszy te rozważania zrozumiemy jak wielką jest ilość poszczególnych stanów chorobowych, które zachodzić mogą w całej strukturze układu roślinnego, jeżeli w każdym członie inna zmiana wystąpić może. Naogół jednak zmiany te występują grupowo.

Jeśli będziemy rozpatrywali objawy patologiczne w zakresie układu wegetatywnego, uwzględniając całość struktury tego układu w sposób wyżej podany, to nie będzie nas dziwił fakt, że spotykamy np. ze strony przewodu pokarmowego parasympatikotoniczne objawy, np. dyspepsja acida, lub ze strony płuc stany astmatyczne w ustroju, który zresztą może czasami nie wykazywać ogólnej parasympatikotonji, czy nawet w ciągu dokładnej obserwacji może wykazywać pewne cechy sympatikotonji. Charakterystycznem jest, że poszczególne organy wykazują wychylenia patologiczne głównie w tym kierunku, w którym a priori, normalnie są głównie nastawione, a więc np. przewód pokarmowy, czy płuca głównie w kierunku parasympatikozy.

Dane co do istotnego stanu układu roślinnego uzyskujemy na podstawie znanych prób farmakodynamicznych, które są w użyciu od czasów Eppingera i Hessa. Na podstawie licznych doświadczeń przeprowadzanych od szeregu lat przekonaliśmy się, że dają nam one tylko bardzo ogólny i niekompletny obraz bo: 1) ilościowe zmiany, a więc dające możność porównań możemy niestety uzyskać jedynie z obserwacji zachowania się tętna, ciśnienia krwi i ewentualnie ilości i składu ciałek białych krwi. To jeszcze nie wyczerpuje nawet części funkcji tego układu. 2) Przedstawia nam tylko chwilowy stan w danym układzie istniejący w chwili badania. 3) Bardzo często u osób psychicznie drażliwych afekt psychiczny związany z samą injekcją bolesną zafałszowuje nam całe badanie (każdy afekt podnosi ciśnienie krwi, przyśpiesza akcję serca, poczem mogą następować zmiany wprost do poprzednich przeciwne). Mimo jednak tych wad wynik badań farmakologicznych razem wziąwszy daje nam pewien wgląd w stan układu wegetatywnego, jakkolwiek niekompletny, to jednak dotychczas najbardziej konkretny. W związku z badaniem układu wegetatywnego dodać muszę, że cały szereg bodźców z życia codziennego działa na układ wegetatywny, jak np. zmiany w temperaturze, ciśnieniu barometrycznem, naświetlanie i wiele innych. Ścisłe, drobiazgowe spostrzeganie zmian, jakie te bodźce codzienne sprowadzają, da nam nawet lepsze pojęcie o stanie układu wegetatywnego niż próby farmakodynamiczne.

Co do reakcji na omawiane wyżej bodźce podnieść muszę, że jakkolwiek odczyn dotyczy całego układu wegetatywnego, to jednak może także dotyczyć specjalnie tylko jednego narządu. Np. nagłe oziębienie ogólne na nerwy naczynioruchowe i na płuca, a także zmiany w ciśnieniu barometrycznem, nagrzewania i t. p. jakkolwiek działają w całości wagotonicznie, to jednak zdają się specjalnie działać na płuca. Jeśli uwzględnimy rozległość i różnorodność struktury układu wegetatywnego to sprawa ta nas zupełnie dziwić nie będzie.

W klinice lwowskiej przeprowadzano badania wyżej opisane na bardzo dużym materjale przy różnych schorzeniach, a 30 przypadków dychawicy oskrzelowej było w ten sposób badanych. Otóż o ile porównamy wyniki badań, to widzimy już w tym stosunkowo małym materjale dość dużą różnorodność. Reakcja na adrenalinę w większości przypadków słaba, o typie wagotonicznym, w niektórych jednak była stosunkowo dość silna. Ogólne objawy, jak tremor, podniecenie nie zawsze idą w parze z większą reakcją w ciśnieniu krwi. Co jest niezmiernie interesujące, to to, że mogliśmy w niektórych przypadkach obserwować reakcje parodoksalne, to zn. znizkę ciśnienia krwi po zastrzyku adrenaliny, coby świadczyło o znacznej przewadze układu parasympatycznego. Jednakowoż w niektórych z tych przypadków paradoksalnie się zachowujących mieliśmy również wybitną taką samą reakcję na pilokarpinę, t. zn. zwyżka ciśnienia i po pilokarpinie. Zaznaczyć tu muszę, że te paradoksalnie zachowujące się przypadki wykazywały prawie zawsze mniejsze lub większe zmiany wazomotoryczne na skórze, jak przejściowe obrzęki, lub innego rodzaju angioneurozy. W przypadkach naszych odczyn na pilokarpinę przeważnie wagotoniczny, w wielu jednak przypadkach dość słaby. Reakcja na atropinę we wszystkich przypadkach słaba a nawet w niektórych bez zmian, w jednym tylko wyraźna. Wskazuje to na zwiększone napięcie układu wegetatywnego, który jest tu odporny na porażające działanie atropiny. Zaznaczyć muszę, że atropina wykazywała specjalną skłonność wydawania reakcyj paradoksalnych, w jednym przypadku obrzęku wazomotorycznego nawet o groźnych objawach. Próba Loewiego przeważnie ujemna. Mydrjaza atropinowa stosunkowo krótka. Na ogół więc mamy jednak objawy ogólnej parasympatikotonji, względnie osłabienie układu sympatycznego. Podobnież a nawet silniej jeszcze za tem przemawiają ogólne objawy obserwowane u tych chorych, o których wyżej wspomniałem. Jednakowoż cechy parasympatikozy nie zawsze były równie silnie zaznaczone. Czasem niektóre obserwacje kazały się domyślać raczej ogólnej sympatikozy. Jeżeli obserwujemy jednak dokładnie, to możemy zauważyć, że stan układu wegetatywnego ulega u tych chorych specjalnie dość znacznym zmianom. Objawy parasympatikotonji silnej (zwłaszcza brak reakcji na atropinę) występuje w czasie pogorszenia się stanu choroby, gdy napady są częstsze, zmniejsza się lub znika zupełnie w czasie polepszenia. O ile w tym samym ustroju istnieje pewna równoległość między wagotonją a stanem duszności, to jeśli weźmiemy różnych osobników, to ta równoległość jest już mniej wybitna, zmiany te są mniej ściśle ze sobą związane. Nie zawsze ten chory miał się gorzej, który wykazywał większą parasympatikotonję, i na odwrót. Jeśli jednak uwzględnimy powyższe wywody o strukturze układu wegetatywnego, to sprawa ta nas dziwić nie będzie. Jeżeli się teraz spytamy, gdzie leży patologiczne przesunięcie w układzie wegetatywnym przy dychawicy oskrzelowej, to musimy odpowiedzieć, że przedewszystkiem obwodowo w urządzeniach wegetatywnych samych płuc. To powoduje, że każdy bodziec przebiegający przez układ parasympatyczny, który w całym układzie nie sprowadza daleko idących przesunięć, tutaj wywołuje reakcję egzagerowaną, gdyż płuca są patologicznie nadczułe na bodźce wegetatywne. Bo przecież nie każdy wagotonik ma napady dusznicy oskrzelowej. Z drugiej zaś strony widzimy w całym układzie wegetatywnym, jednak pewne przesunięcia i to przeważnie na korzyść układu parasympatycznego, wzgl. bardzo wybitną nierównowagę w obu tych układach, nierównowagę, która umożliwiła takie ogólne czy lokalne przesunięcie w pewnym kierunku. Muszę zaznaczyć, że ta nierówność w zachowywaniu się układu wegetatywnego zmiany zachodzące w układzie wegetatywnym w ciągu pewnego czasu, dały się wykazać także drogą prób farmakologicznych, które tutaj nie zawsze tak samo wypadały przynajmniej co do natężenia objawów.

Układ inkretoryczny.

Omawiając kwestję układu wegetatywnego nie możemy pominąć milczeniem nadzwyczaj ważnego dla organizmu układu, a mianowicie układu inkretorycznego, gdyż z jednej strony jest on jak najściślej związany z układem wegetatywnym, tak, iż tych dwóch układów traktować osobno nie można, z drugiej zaś strony wiemy, że to co nazywamy konstytucją zależy w dużej części od stosunków panujących w obu tych układach. Kwestja ta jednak nie jest jeszcze tak jasna i prosta, gdyż nie mamy jeszcze dotych-

czas niestety pewnych badań, któreby były zdolne dokładnie określić stopień funkcji danego gruczołu względnie zboczenie od tej funkcji ilościowo i jakościowo, ba, nawet problem samej funkcji poszczególnych gruczołów zawiera jeszcze tyle niejasności! Wiele światła na tę zawiłą kwestję, a przedewszystkiem na stosunek do siebie poszczególnych tych gruczołów rzuciły skrupulatne badania Sochańskiego nad typami ludzi. Badania te dają bardzo szczegółowe i skrupulatne a wnikliwe opisy cech określające pewne typy ze względu na ich stosunek do gruczołów wkrewnych, dają też pewne dane co do stosunku, jakie panują w danym układzie inkretorycznym, który gruczoł w danym przypadku zajmuje rolę pierwszorzędną i kierowniczą, jednakowoż dane te są tylko bardzo ogólne, określają tylko bardzo ogólnie pewne przesunięcia w siłach poszczególnych elementów całego układu, a nie dotyczą cech ilościowych i jakościowych.

Jeżeli zaś teraz chcemy sklasyfikować przypadki dychawicy oskrzelowej według typów somatycznych Sochańskiego, czy to obserwujemy je pod względem cech inkretologicznych, to uderza nas właśnie brak jakiejś jednolitości. Najczęściej spotykaliśmy typy tarczycowe, asteniczne, i tarczycowo-asteniczne, jednakowoż nie jest to zbyt ściśle związane z występowaniem dychawicy oskrzelowej, nieomal każda grupa z tych typów ma w statystyce dychawicy swoich przedstawicieli. Na pierwszy plan, w rozważaniach nad układem inkretorycznym wysuwa się nadczynność *tarczycy*. Wielka ilość przypadków tak pod względem somatycznym, jak przedewszystkiem psychicznym i usposobienia zdradza mniej lub więcej silnie podkreślone cechy tarczycowe, jeżeli już nie stanowi zupełnie czystego typu tarczycowego. A więc mamy tutaj tę samą pobudliwość wazomotoryczną skóry, ogólną wrażliwość tak nerwową, jak i psychiczną, pewną emotywność, szybkość ruchu i pewną nerwowość tychże. Są nawet opisywane przypadki dychawicy oskrzelowej połączone ściśle z chorobą Bazedowa, gdzie więc ta nadwyżka funkcji tarczycy przekroczyła już granice normalne. (Curschman, Widal-Abrami, Chwostek). W jednym przypadku opisanym przez Rednera leczenie choroby Basedowa usunęło i dychawicę oskrzelową. Tutaj więc związek dychawicy z tarczycą był jasny i bezwzględny. Jednakowoż nie zawsze związek ten bywa tak widoczny i tak prosty.

I na lwowskiej klinice mogłem obserwować przypadki łączności dychawicy oskrzelowej z chorobą Basedowa. Objawy duszności w jednym przypadku odpowiadały zupełnie typowej dychawicy, napad występował nagle, był bardzo gwałtowny, trwał jednak niezbyt długo, plwocina niezbyt ciągnąca, więcej pienista, przysłuchem stwierdzić było można rozległe świsty i furczenia nad całemi płucami, jak w typowym napadzie dychawicy. Objawy dychawicy rozwijały się dość współrzędnie z objawami choroby Basedowa. W drugim przypadku napady duszności, przypominające napady astmatyczne rozwinęły się dopiero w ciągu przebiegu choroby Basedowa, a co ciekawsze, że już w okresie poprawy. Napady te były krótkie, często się powtarzające, niezbyt typowe, lecz ustępowały po atropinie i efetoninie.

Na ogół jednak procentowo tak w statystyce przypadków dychawicy oskrzelowej, jak i w statystyce przypadków choroby Basedowa te połączenia zajmują jednak znikome, podrzędne miejsce, tak, że zasadniczo rzecz biorąc nawet przypadki ścisłej zależności tych schorzeń nie mogą stanowić podstawy do ogólniejszego twierdzenia, czy też teorji. Muszę tu zaznaczyć, że tarczyca, jako „multiplikator odruchów wegetatywnych" musi tu mieć pewien wpływ choć nie zawsze ten wpływ jest równie wybitny i bezpośredni. Ciekawem jest jednak, że w pewnych przypadkach dychawicy oskrzelowej podawanie doustne preparatów tarczycy poprawia stan chorego, jak to mogłem stwierdzić w jednym z naszych przypadków. Muszę podnieść, że w przypadku tym mimo dodatniego działania preparatów tarczycy na dychawicę, nie stwierdziliśmy żadnych zmian wskazujących na hipofunkcję tarczycy, ani zniżki przemiany materji, ani zmian miksoedematycznych na skórze, a raczej wprost przeciwnie pewna emotywność chorej wskazywałaby raczej na stan przeciwny. Dodatnie działanie jodu w niektórych przypadkach kazałoby się także doszukiwać pewnego wpływu tarczycy na dychawicę w tych przypadkach, gdyż jak wiemy jod działa w pierwszym rzędzie na tarczycę i przez tarczycę. Dodatnie działanie preparatów tarczycy należałoby zapewne sobie tłumaczyć sympatikomimetycznem działaniem inkretu tarczycy. Tarczyca, jakkolwiek działa na cały układ wegetatywny, to jednak działa w dużej mierze podniecająco na nadnercza i za ich pośrednictwem głównie jednak na układ współczulny *).

Drugim narządem dokrewnym, który tu zasługuje na specjalną uwagę, są *nadnercza*, choćby ze względu na fenomenalnie dodatni wpływ, jaki uzyskujemy w czasie napadu przez zastrzyk adrenaliny. Jeżeli dalej obserwujemy przypadki dychawicy oskrzelowej według podziału na typy Sochańskiego, to znowu w wielu (choć nie we wszystkich) możemy się dopatrzeć pewnych cech typu astenicznego, nawet obok cech tarczycowych. Toby mogło wskazywać na pewną hypofunkcję, coby się bardzo zgadzało ze stosunkami, jakie znajdujemy w układzie wegetatywnym: z przesunięciem na niekorzyść układu współczulnego. Hurst tłumaczy wieczorne występowanie napadów wyczerpywaniem się słabego nadnercza przez dzień. Podobnież Storn van Leewen, a także Drummond dopatrują się przyczyny dychawicy oskrzelowej w hypofunkcji nadnercza. Według Browna anafilaksja występuje z pewną hypofunkcją nadnerczy; tem też tłumaczy on łatwość występowania stanów allergicznych. Musimy tu jednak podnieść znowu, że jakkolwiek pewnego wpływu stanu nadnerczy na dychawicę oskrzelową zaprzeczyć nie można, to jednak wpływ ten na etiologję nie może być bezwzględny i bezpośredni. Gdyż przy typowem wypadnięciu funkcji nadnerczy — przy chorobie Adisona nie spotykamy dychawicy oskrzelowej.

Nie da się tu zaprzeczyć także pewnego wpływu *gruczołów płciowych*. Znaną jest rzeczą, że u kobiet fatalnie wpływa na dychawicę czas menstruacji, zapewne nie bezpośrednio, lecz przez menstruacyjną wagotonję. W ciekawy sposób wpływa ciąża. Nieraz pogarsza tak stan ogólny, wprowadza takie silne duszności, że trzeba myśleć o przerwaniu. Czasem jednak wprost przeciwnie, zupełnie uchyla napady. Niektórzy sądzą, że mamy tu do czynienia z działaniem niebezpośrednim, lecz za pośrednictwem przysadki. Co do wpływu tych gruczołów u mężczyzn to obserwowałem bardzo ciekawy pod tym względem wypadek:

Chory J. B. lat 16, uczeń gimnazjalny, skarży się od dwóch lat na typowe napady dychawicy oskrzelowej, występujące różnie często na ogół raz na miesiąc, bez jakiejś ściśle określonej przyczyny (jak n. p. ewent. uczulenie). Chorego tego miałem sposobność obserwować stosunkowo niezbyt długi czas, jednak i przez ten czas nie mogę powziąść jakiegoś najmniejszego choćby podejrzenia na istnienie jakiegoś uczulenia, lub jakiejś innej ściśle określonej przyczyny, ze strony bodźców zewnętrznych. Jedynie wzruszenie psychiczne wywoływać mogło czasami napad. Badanie wykazało pokrótce: Chory dość wysoki, bardzo otyły, waga 85 kg., typu hypogenitalnego, gynekomastia jak u 18-letniej dziewczynki, uwłosienie na mons veneris ledwo zaznaczone, typu kobiecego, organa płciowe kompletne męskie, jednak nadzwyczaj małe, jak u 6-letniego chłopca. Psychicznie: nieco przygnębiony, mało ruchliwy, bardzo wrażliwy. Charakterystycznem jest, że napady rozpoczęły się od tego czasu, kiedy miało zacząć się pokwitanie i kiedy wystąpiła gynekomastia. Po roku otrzymałem wiadomość o tym chorym: Chory począł się rozwijać normalniej,spadł nieco na wadze, objawy dychawicy ustąpiły w znacznym stopniu.

Wpływ gruczołów płciowych istnieje prawdopodobnie przez nadnercza, gdyż jak wiemy gruczoły te znajdują się w ścisłej i stałej korrelacji między sobą (wzajemnie się pobudzają).

Z napadami duczności występującemi z powodu powiększenia się *grasicy* spotykamy się niejednokrotnie, lecz zazwyczaj mamy tu tylko do czynienia z mechanicznym uciskiem na tchawicę, względnie z uciskiem na nerw błędny. Przypadek dychawicy wywołanej przez grasicę na drodze czysto inkretologicznej opisuje Wernecke (Dtsch. Zft. f. Chirurgie 1924).

O roli *przysadki mózgowej* również nie da się nic konkretniejszego powiedzieć, ponadto, że pituitryna wspomaga działanie adrenaliny, przedłuża dodatni wpływ tej ostatniej w napadzie dychawicy oskrzelowej. Działa sama również na mięśnie oskrzeli, zwalniając ich skurcz, stąd ta szczęśliwa kombinacja pituitryny z adrenaliną, używana jako astmolizyna. Niektórzy donoszą również o dodatniem działaniu naświetlań promieniami Roentgena przysadki mózgowej dawkami podniecającemi. Zresztą problem funkcji przysadki jest sam przez się tak bardzo zawiły, że stosunku przysadki do dychawicy oskrzelowej określić obecnie nie możemy, w każdym razie inkret przysadki ma raczej wpływ hamujący na dychawicę oskrzelową.

Moglibyśmy się słusznie spodziewać, że w etjologji dychawicy oskrzelowej odgrywa też bardzo ważną rolę przytarczyca, jako gruczoł mający wpływ na jonizację wapnia, tak ważny jon wegetatywny. Biedel podaje, że w eksperymentach na psach młodych, wycięcie tarczycy powodowało stan „bronchotetanji", a więc stan podobny do napadu dychawicy. Z drugiej jednak strony nie możemy zapominać, że inkret przytarczycy jest w wysokim stopniu parasympatikomimetyczny. Jaki jest wpływ przytarczycy na dychawicę oskrzelową określić obecnie trudno. Muszę podnieść ze strony klinicznej, że podawaniem preparatów przytarczycy, tak doustnem jak podskórnem, nawet przewłocznem, ani doraźnego, ani trwalszego efektu, nawet mniej znacznej popra-

---

*) Opisany jest przypadek (Widal-Abrami. Press. med. 1924. 44) połączenia dychawicy oskrzelowej z mixoedema.

wy uzyskać nie było można; zaznaczyć jednak należy, że brak efektu terapji substytucyjnej, nie dowodzi jeszcze, że dany gruczoł jest normalny.

Wracając do kwestji somatycznych cech tu spostrzeganych uderza w oczy pewna różnorodność, spotykamy nieraz wprost diametralnie różne typy. W większości przypadków wysuwały się dość znaczne cechy asteniczne, wyraz twarzy jednak i pewna wrażliwość i ruchliwość wykazywały pewną domieszkę elementu tarczycowego. Co do budowy ciała to mieliśmy przeważnie: szyja dość długa, klatka piersiowa dość płaska, zawsze nieco wdechowo ustawiona, od równocześnie rozwijającej się rozedmy, jednak dość długa, czasem nieco niesymetryczna. Granice dolne płuc znacznie obniżone. Brzuch zapadnięty, wiotki. Kościec budowy dość delikatnej, kości długie, dość cieńkie. Bardzo często objawy wagotonji: objaw Grefego, pocenie się, dermografja czerwona. Tkanka tłuszczowa u chorych tego typu bardzo słabo rozwinięta. Chorzy tacy bardzo często tracą na wadze w czasie pogorszenia się stanu. Spadek na wadze jest czasem tak znaczny, że nie zawsze da się tłumaczyć brakiem apetytu. Jeden z naszych chorych, który przybył na klinikę w ciężkim stanie dusznicy, przybrał w czasie polepszenia 9 kg w ciągu 5-ciu tygodni na wadze.

W przeciwieństwie do wyżej opisanego typu spotyka się nieraz chociaż rzadziej osobniki właśnie otyłe lub z wybitną skłonnością do otyłości. Podściółka tłuszczowa rozwinięta głównie na tułowiu, mniej na kończynach. Szyja krótka, klatka piersiowa rozedmowo ustawiona, nieraz beczkowata. Granice płuc niezbyt obniżone, tak jakby płuca powiększały się głównie wszerz. Charakterystycznem jest, że otyłość owa nie jest spowodowana przez zleniwienie przemiany materji, u chorych takich obserwowaliśmy właśnie nieraz zwyżkę przemiany materji. Co ciekawe, że chorzy ci wykazują nieraz bardzo żywe usposobienie psychiczne, mowa szybka, urywana, nerwowa, choć nieraz dość energiczna, wszystko to wskazuje na pewną nadwyżkę elementu tarczycowego. W dwóch przypadkach u nas obserwowanych otyłość rozpoczęła się i rozwijała dość współmiernie z dychawicą oskrzelową, a co ciekawsze w okresach pogorszeń stanu dychawicy, chore te przybywały na wadze, czego sobie nie można było wytłumaczyć ani zmniejszeniem ruchliwości, ani większem pobieraniem pokarmów, gdyż i tu, jak zwykle, był spadek apetytu. Dodać tu muszę, iż właśnie u tych chorych obserwowałem dodatnie działanie jodu. Podobnież dodatnie działanie jodu mogłem obserwować u jednego chorego, który również wykazywał tendencję do otłuszczenia.

Między temi dwoma krańcowo różnemi typami spostrzegaliśmy szereg typów o cechach pośrednich.

Powyższe spostrzeżenia wskazują, że w etjologji dychawicy oskrzelowej nie należy dopatrywać się zboczenia w funkcji jakiegoś poszczególnego gruczołu, ale raczej pewne ogólne zaburzenie w ogólnej korrelacji gruczołów wkrewnych może tu odgrywać nawet ważną rolę.

C. d. n.

Anastazy LANDAU, Jerzy GLASS i Roman PEKIELIS. Warszawa.

Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Doniesienie III *).

Przypadek umiarkowanego zwężenia dwunastnicy, przebiegający ze zmienną równowagą kwasowo - zasadową.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr A. Landau.

I.

Przypadek niniejszy jest trzecim z rzędu naszych spostrzeżeń szpitalnych nad zespołem serologicznym, występującym w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W jednem z poprzednich doniesień opisaliśmy przypadek prawie całkowitego zwężenia części podbrodawkowej dwunastnicy przez guz nowotworowy, wychodzący z głowy trzustki; drugie doniesienie dotyczyło znacznego również zwężenia odźwiernika, wywołanego przez wrzód bliznowaty przyodźwiernikowy.

W przypadku pierwszym mieliśmy do czynienia z typowym zespołem serologicznym, występującym w przebiegu całkowitego zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, cechującym się zmniejszeniem zawartości chloru w osoczu, podniesieniem poziomu mocznika, kwasu moczowego i azotu niebiałkowego we krwi, przesunięciem równowagi kwasowo - zasadowej w kierunku alkalozy niegazowej, z towarzyszącą temu tężyczką i objawami zagęszczenia krwi.

W przypadku drugim, który nie wykazywał tego zespołu, stwierdziliśmy stan kwasicy niegazowej głodowej, kojarzącej się z alkalozą gazową, wywołaną ciężką niedokrwistością wtórną.

Doniesienie obecne dotyczy umiarkowanego zwężenia dwunastnicy, przebiegającego z odmiennym zespołem serologicznym.

Chory J. W. lat 63, zgłosił się do szpitala dnia 6 maja 1928 r., z powodu silnych bólów w nadbrzuszu i uporczywych wymiotów. Choroba obecna trwa od lat 11-tu.

W styczniu roku 1917 chory zaczął odczuwać bóle w nadbrzuszu. Bóle te zlokalizowane w linji środkowej ciała pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, promieniowały z jednej strony w dolną lewą część brzucha, z drugiej zaś strony do krzyża oraz do lewej połowy klatki piersiowej. Zjawiały się one zwykle w godzinę po każdem jedzeniu bez względu na ilość i jakość pokarmu, trwały przeważnie koło 30 minut, stopniowo się wzmagając, poczem samoistnie ustępowały. Bóle te były tak silne, że chory musiał przerywać pracę, siadać lub kłaść się do łóżka, zginając się w pałąk. Początkowo zjawiały się one wyłącznie po jedzeniu, z biegiem czasu jednak pojawiać się zaczęły z rana, naczczo oraz i w nocy, budząc chorego ze snu.

W krótkim czasie do bólów tych dołączyły się wymioty, zwykle kwaśne. Pojawiały się one na szczycie bólu i przynosiły choremu znaczną ulgę. Krwi w wymiocinach nie zauważył.

Bóle i wymioty stopniowo nasilały się coraz bardziej, powtarzając się 3 — 4 razy dziennie i wycieńczając znacznie chorego.

Od początku choroby stolce stale zaparte, (raz na 2 — 3 dni); na barwę ich chory uwagi nie zwracał.

Chory stopniowo zaczął się ograniczać w jedzeniu, mimo to jednak bóle i wymioty nie ustępowały.

W maju 1917 roku, przy pracy, dostał tak gwałtownego napadu bólów w nadbrzuszu, połączonego z wymiotami, że wezwane Pogotowie Ratunkowe przewiozło go do szpitala. Leżał tam wówczas koło miesiąca i pod wpływem djety oraz leczenia poprawił się znacznie.

Jednak już w cztery tygodnie po wypisaniu się ze szpitala dawne dolegliwości znów zaczęły powracać, z tą różnicą jednak, że bóle i wymioty były mniej gwałtowne ,trwały krócej i zjawiały się znacznie rzadziej, raz na 2 — 3 tygodnie. Do objawów tych chory tak się przyzwyczaił, że nie zwracał na nie większej uwagi i pracy nie przerywał.

Tak sprawa trwała przez 10 lat, przyczem bóle i wymioty o cechach wyżej opisanych, powracały co kilka tygodni, ciehnąc czasem na szereg miesięcy. Djety chory nie przestrzegał, nie leczył się zupełnie. Od czasu do czasu odczuwał zgagę i palenie; nie gorączkował; żółtaczki nie miał nigdy; osłabł i wychudł znacznie.

Od czterech tygodni dawne dolegliwości zwiększyły się znacznie. Nasilenie bólów, częstość ich występownia, gwałtowność wymiotów wzmogły się bardzo, tak że przez ostatnie dwa tygodnie napady bólów, połączone z wymiotami, zjawiały się 4 — 5 razy dziennie, nietylko po jedzeniu, jak było dotychczas, ale także z rana i w nocy. Zaparcie zwiększyło się do tego stopnia, że nieraz i cały tydzień chory nie miał stolca, o ile nie brał środków czyszczących.

Wskutek dolegliwości tych chory zgłosił się obecnie do szpitala. Od szeregu lat kaszle, przeważnie w nocy i nad ranem, odpluwając skąpą ilość żółtawej plwociny.

Od roku odczuwa co kilka dni napady duszności i bicia serca, przeważnie wieczorem podczas leżenia w łóżku. Duszność ta napadowa zmusza chorego do siadania. Pozatem chory skarży się na duszność wysiłkową, która zjawia się zwłaszcza przy wchodzeniu na schody.

Mocz dotychczas oddawał prawidłowo; od kilku tygodni ostatnich chory zauważył, że więcej moczu oddaje w ciągu nocy niż w ciągu dnia.

Przed obecną chorobą był naogół zdrów. Do chorób wenerycznych się nie przyznaje. Pije i pali dużo. Żonaty, ma 10-ro dzieci; rodzina zdrowa.

Stan obecny: (dnia 7-go maja 1928 r.)

Wzrost średni. Waga 46 kilo. Budowa naogół prawidłowa. Odżywienie liche. Skóra sucha, blada. Twarz szara z odcieniem siniczym. Obrzęków na stopach i krzyżu niema. Stan bezgorączkowy. Źrenice — równe, okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływują dobrze. Gruczoły chłonne — niepowiększone.

Jama ustna: wargi sine; język wilgotny, obłożony żółtawym nalotem; błona śluzowa gardła nastrzyknięta.

Tarczyca — niemacalna.

---

*) Patrz doniesienie I-e, Pol. Gaz. Lek. Nr. 15, 1928 i doniesienie II-e, Pol. Gaz. Lek. Nr. 35, 1928.

Klatka piersiowa: dość długa, miernie szeroka, powiększona w wymiarze przednio-tylnym, o kącie międzyżebrowym prostym, dołkach nad- i podobojczykowych zaznaczonych. Oddechów — 24 na minutę. Typ oddychania przeważnie piersiowy, z udziałem pomocniczych mięśni szyi. Obie połowy klatki piersiowej poruszają się przy oddychaniu jednakowo z obu stron.

Płuca: — z tyłu: górne granice — 7-my krąg szyjny, dolne 11-te międzyżebrze z obu stron, zupełnie nieruchome. Wypuk na całej przestrzeni nadmiernie jawny. Drżenie głosowe jednakowe z obu stron. Oddech pęcherzykowy, na całej przestrzeni osłabiony, zwłaszcza u dołu. U podstawy płuc przy wdechu wysłuchują się nieliczne wilgotne rzężenia drobnobańkowe.

— z przodu: granice górne — 2 palce nad obojczykiem; granice dolne — po stronie prawej, w linji sutkowej: 6-te międzyżebrze, w linji środkowej pachowej: 8-me międzyżebrze, bardzo słabo ruchome. Wypuk nadmiernie jawny na całej przestrzeni. Drżenie głosowe jednakowe z obu stron. Oddech pęcherzykowy, w dole osłabiony. Nieliczne rozsiane świsty.

Tętno — 72, miarowe, średnio napięte, słabo wypełnione.

Ciśnienie krwi — (R. R.) — 135/75 mm rtęci. Ciśnienie tętna — 60 mm rtęci.

Serce: — Uderzenie koniuszkowe niewidoczne, niemacalne. Granice i wymiary serca prawidłowe. Tony na koniuszku czyste, ciche. Tony u podstawy ledwie słyszalne. Nad tętnicami szyjnemi 2 tony ciche, 2-gi mocniejszy.

Jama brzuszna: — Brzuch niżej poziomu klatki piersiowej; dołek podsercowy zapadnięty. Linja, poprzeczna pępkowa dzieli brzuch niezbyt ostro na dwie części, górną — zapadniętą, dolną — zlekka uwypukloną. Ruchów robaczkowych żołądka nie widać. W dole brzucha zaznaczona siatka żylna. Powłoki brzuszne naogół nienapięte, z wyjątkiem górnego prawego kwadratu brzusznego, gdzie wyczuwa się pewne napięcie powłok. Oporów nie wymacuje się. W nadbrzuszu żywa bolesność, zwłaszcza w linji środkowej ciała. Dolna granica żołądka wypukuje się w położeniu leżącem na 1 palec, w położeniu stojącem — na 3 palce poniżej pępka.

Wątroba — wskutek napinania powłok brzusznych przez chorego nie można jej wymacać; dolny jej brzeg wypukuje się na 2 palce poniżej prawego łuku żebrowego.

Śledziona — niemacalna, górny jej brzeg wypukuje się od 8-go żebra.

Wstrząs nerkowy — obustronnie niebolesny.

Odruchy — (kolanowe, Achillesowe, brzuszne) — zachowane.

Czucie powierzchowne i głębokie — zachowane.

Mocz: — C. wł. 1022, odczyn na lakmus obojętny, żadnych składników patologicznych się nie stwierdza.

Zgłębnikowanie żołądka: Naczczo wydobyto 30 cm^3 treści, barwy pomarańczy, (uprzedniego wieczoru chory jadł pomarańcze). Stosunek części płynnej do stałej jak 4 : 1; HCl — 30; Ogólna kwasota — 40. Kwas mleczny — nieobecny.

Próby na krew: — (pyramidonowa, gwajakowa) — dodatnie. Pod mikroskopem: — liczne włókna roślinne, pojedyńcze ziarna skrobi, kulki tłuszczów obojętnych.

W godzinę po próbnem śniadaniu (Boas - Ewalda) — wydobyto 70 cm^3 zawartości dobrze strawionej, barwy żółtawej. Stosunek części stałej do płynnej jak 3 : 1; HCl — 50; Ogólna kwasota — 70. Próby na krew — dodatnie.

Badanie serjowe żołądka po śniadaniu kofeinowem Katscha (0,2 g coffeini puri: 300 ccm ciepłej wody):

	Ilość ccm	HCl	Og. kwas.
Naczczo wydobyto	40	32	40
w ½ godz. wydobyto	40	15	25
w 1 godz. wydobyto	30	21	35
w 1½ godz. wydobyto	4	8	18
w 2 godz. wydobyto	6	6	20
w 2½ godz. wydobyto	15	45	63

Badanie kału: barwa ciemno-żółta, spoistość papkowata, odczyn obojętny. Makroskopowo krwi, ropy ani śluzu się nie stwierdza. Próby na krew utajoną — ujemne. Próby na jaja pasożytów — ujemne. Próba Schmidta — dodatnia. Pod mikroskopem detryt drobno-ziarnisty, włókna roślinne, nieliczne kulki tłuszczów obojętnych.

Odczyny Wassermanna i Sachs-Georgiego — ujemne.

Badanie rentgenologiczne narządów klatki piersiowej: Powietrzność miąższu płucnego wzmożona. Przepona ustawiona nisko z obu stron. Ruchy przepony słabe. Wymiary serca nie powiększone.

Badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego (Dr. Werkenthin): Naczczo żołądek zawiera nieco płynu. Po wypełnieniu krzywizna duża sięga na 3 palce ponad spojeniem łonowem. Kształt litery J; zarysy krzywizny dużej regularne. Na krzywiźnie małej, na jej części dystalnej, widoczna jest nieregularna wypustka cieniowa, utrzymująca się przez cały czas badania. Część przedodźwiernikowa jest rozszerzona; po dużej krzywiźnie początkowo przebiegają duże fale perystaltyczne, później zupełny brak ruchów robaczkowych. Przechodzenie treści przez odźwiernik jest dość obfite. Masa kontrastowa przedostaje się do opuszki dwunastnicy, która jest znacznie rozszerzona, ma kształt nieprawidłowy, na małej swej krzywiźnie posiada wcięcie, w dolnej swej części zaś jest workowato rozszerzona. W opuszce widoczne są gwałtowne ruchy robaczkowe, przebiegające po jej dolnej rozszerzonej części, (po dużej krzywiźnie).

Po pewnym czasie masa przedostaje się do dalszych części dwunastnicy, które są również rozszerzone i gdzie zawartość długo zalega; od czasu do czasu silny ruch antyperystaltyczny w II-ej i III-ciej części dwunastnicy. Obmacywaniem stwierdza się bolesność w okolicy opuszki i małej krzywizny żołądka.

W 3 godziny — w żołądku zalega ½ zawartości, dolna część opuszki wypełniona. W 10 godzin — w żołądku ⅓ zawartości, dolna część opuszki wypełniona w kształcie miseczki.

W 24 godziny — w żołądku i w dwunastnicy zaległość jak w 10 godzin. Po 7-miu dniach — żołądek naczczo zawiera jeszcze minimalną kępkę masy kontrastowej. W opuszce dwunastnicy kępka masy kontrastowej wielkości bobu.

* * *

Wynik badania rentgenologicznego, świadczący o znacznem rozszerzeniu opuszki dwunastnicy, połączonem z jej hyperperystaltyką i zaleganiem w niej 7-dniowem masy kontrastowej, przemawiał dobitnie za zwężeniem dwunastnicy tuż poniżej jej opuszki. Ze względu na dobre przechodzenie papki przez odźwiernik, rozszerzenie części przedodźwiernikowej i zaleganie masy w żołądku musieliśmy odnieść do tegoż zwężenia. Wobec tego zaś, że i II-ga i III-cia część dwunastnicy też była rozszerzona, a masa zatrzymywała się w nich długo, prawdopodobnem było, że przeszkoda mniejsza istniała także i w III-ciej części dwunasnicy, być może w okolicy zagięcia dwunastniczo-czczego.

Tak więc w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z organicznem zwężeniem dwunastnicy, które ujawniło się makro- i mikroretencją, swierdzoną zapomocą zgłębnikowania żołądka i rentgenografji, a którego wyrazem klinicznym były uporczywe wymioty i znaczne wychudzenie chorego.

O ile sądzić można było z 11-letniego trwania choroby, charakterysycznych wywiadów, danych otrzymanych przy pomocy zgłębnikowania żołądka — najprawdopodobniejszem było przypuszczenie, że mieliśmy do czynienia z bliznowatem zwężeniem dwunastnicy, spowodowanem przez stary wrzód trawienny. Wreszcie i przebieg krzywej, otrzymanej przy badaniu serjowem żołądka po śniadaniu kofeinowem Katscha, zgadzał się w zupełności z naszem rozpoznaniem, wykazując, po za późnem narastaniem cyfr kwasoty, tak typowem dla zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy, także i t. zw. „climbing type" Rehfussa, charakterystyczny dla wrzodu dwunastnicy.

Badanie rentgenologiczne, oprócz zmian w dwunastnicy, stwierdziło jeszcze obecność wypustki cieniowej na małej krzywiźnie żołądka wraz z jej żywą bolesnością; — nie można było przeto wyłączyć istnienia dodatkowego wrzodu event. zmian bliznowatych na małej krzywiźnie żołądka.

Poza sprawą w przewodzie pokarmowym, chory nasz wykazywał podczas badania fizykalnego i rentgenologicznego daleko posunięty stopień rozedmy płuc oraz zwyrodnienia mięśnia sercowego, którego objawami klinicznemi były nocne napady duszności, „nycturia", wybitnie głuche tony serca i t. d. Ostatecznie rozpoznanie kliniczne w naszym przypadku było następujące: *„Ulcus callosum duodeni ad partem superiorem horizontalem. (Ulcus callosum ad curvaturam minorem ventriculi?). Emphysema pulmonum essentiale. Myodegeneratio musculi cordis".*

II.

Stwierdziwszy umiarkowane zwężenie dwunastnicy, w tym przypadku, jak i dwu poprzednich, przeprowadziliśmy odpowiednie badania, poszukując zespołu serologicznego, który występuje w przebiegu całkowitego zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, a na który składają się trzy zasadnicze objawy: 1) — zmniejszenie zawartości chloru w osoczu, 2) — zwiększenie poziomu mocznika względnie azotu niebiałkowego we krwi, i 3) przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej w kierunku alkalozy niegazowej.

Zespół ten oraz jego przyczyny omówiliśmy dokładnie w I-em doniesieniu. Do zespołu tego dołączyć się mogą objawy zagęszczenia krwi (jak wzmożenie zawartości białka w osoczu, poliglobulja, polichromemja i t. d.), oraz cechy wzmożonej pobudliwości mięśniowej, jak objaw Chwostka, objaw idjo-muskularny, aż do zupełnie rozwiniętego obrazu tężyczki.

Badania w kierunku tym przeprowadziliśmy u naszego chorego, po ustaleniu rozpoznania, w 10 dni po przybyciu chorego na oddział, a w tydzień po ustąpieniu uporczywych wymiotów.

Dane otrzymane wówczas (dnia 17-go maja 1928 r.) były następujące:

Zasób zasad w osoczu (obliczony met. Van Slyke'a) — 70 cm³ CO_2%.

Zawartość chloru w osoczu: 3,26 g na litr.

Zawartość mocznika w osoczu: 0,45 g na litr.

Zawartość białka w osoczu (refrakt.): 7,1 g %.

Badanie morfologiczne krwi: Czerw. ciałek 4,200.000 w 1 mm³; hemoglobiny 80%, Sahli = 100%; index hemoglob. 0,95. Białych ciałek 11.600 w 1 mm³. Wzór leukocytowy: neutr. segm. 46%, neutr. pałeczk. 4%, limfocytów 36%, monoc. i przejść. 7%, eozynofil. 7%. W preparatach barwionych: żadnych postaci patologicznych ciałek białych i czerwonych nie wykryto.

Objaw idjomuskularny — zaznaczony.

Objaw Chwostka — nieobecny.

Wyniki badania tego omówimy poniżej.

Pod wpływem leczenia (djety ścisłej, mlecznej, przepłukiwań żołądka roztworem azotanu srebrowego 1‰ — 300 cm³, powtarzanych co drugi dzień, obfitego podawania zasad i azotanu srebrowego do wewnątrz, zastrzykiwań kakodylu i t. d.) — stan chorego w krótkim czasie poprawił się znacznie. Wymioty, które trwały jeszcze przez pierwsze 3 dni pobytu w szpitalu, po upływie tego czasu ustąpiły zupełnie, nie powtarzały się już więcej; bóle samoistne w nadbrzuszu osłabły znacznie, bolesność uciskowa zginęła zupełnie; chory przybrał przeszło 2 kilo na wadze, i twierdząc, że jest zupełnie zdolny do pracy, został na własne żądanie dnia 5 czerwca 1928 r. wypisany z oddziału.

W przeddzień wypisania, poraz drugi powtórzyliśmy dokładne badanie zespołu serologicznego, chcąc się przekonać, czy ulega on zmianie, wraz z poprawą stanu chorobowego.

Dane, któreśmy otrzymali dnia 4. VI. 1928 r., były następujące:

Powietrze pęcherzykowe (zbadane przy pomocy eudiometru Lalaunné: — 4.2 obj. CO_2%, co odpowiada prężności CO_2=30 mm rtęci.

Zasób zasad w osoczu (obliczony met. V. Slyke'a dwukrotnie) — 46.2 cm³ CO_2%.

Zawartość mocznika w osoczu: — 0.39 g na litr.

Zawartość azotu niebiałkowego w osoczu: — 0.21 g na litr.

Zawartość białka w osoczu (refrakt.): — 7.65 g%.

Swierdziwszy niski poziom rezerwy alkalicznej oraz obniżenie prężości CO_2 w powietrzu pęcherzykowem, w celu uzupełnienia danych tych przeprowadziliśmy jeszcze dodatkowe badanie moczu:

Mocz:

Ph. — 7.4, (obliczone met. kolorymetryczną).

Kwasota ogólna — (t. zw. „acidité titrable apparente") — 85 cm³ $^1/_{10}$ N kwasu, na dobę.

Ilość amonjaku wydalonego na dobę — 0.18 g.

Ilość azotu niebiałkowego wydalonego na dobę — 9.06 g.

Wskaźnik amonjakalny — 2%.

* * *

Przypadek ten ciekawy jest z tego względu, że mieliśmy tu możność stwierdzenia wyraźnej zależności między obrazem serologicznym a zmianami, zachodzącemi w przebiegu klinicznym.

Gdyśmy po raz pierwszy szukali zespołu serologicznego, który występuje zwykle w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, chory znajdywał się bezpośrednio po długim okresie uporczywych wymiotów.

Liczby, któreśmy wówczas otrzymali — (rezerwa alkaliczna — 70 cm.³ CO_2%, poziom mocznika w osoczu — 0.45 g na litr, zawartość chloru w osoczu — 3.26 g na litr) — wskazywały, że zespół ten nie był tu jaskrawo zaznaczony. Zasób zasad w osoczu i poziom mocznika we krwi zaledwie nieznacznie przekraczały górną granicę normy, a obniżenie zawartości chloru w osoczu było również miernego stopnia. A jeżeli dodamy do tego, że nie stwierdziliśmy tu cech zagęszczenia krwi, (ilość białka w osoczu wynosiła 7.1 g%, czerwonych ciałek — 4200000 w 1 mm³, a hemoglobiny — 80% Sahli = 100%), to mogliśmy przypuszczać pierwotnie, że mieliśmy do czynienia za pierwszem badaniem bądź z postacią poronną, „forme fruste", zespołu charakterystycznego dla znacznego zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, bądź też, że zespół ten znajdywał się już w okresie wygasania, co było prawdopodobniejsze ze względu na to, że badanie to przeprowadzone było w tydzień dopiero po ustaniu wymiotów.

Dopiero badanie ponowne, przeprowadzone w trzy tygodnie przeszło po ustaniu wymiotów, bezpośrednio przed wypisaniem chorego ze szpitala, — rzuciło nieco światła na wyniki badania pierwszego.

Dane, któreśmy za drugim razem otrzymali, jak opadnięcie prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowem do 30 mm rtęci, opadnięcie rezerwy alkalicznej do 46.2 obj. CO_2%, wysokie Ph. i mała kwasota ogólna moczu, nieznaczna wydajność dobowa amonjaku wraz z niskim bardzo wskaźnikiem amonjakalnym — wszystkie te dane dowodziły, że chory znajdywał się niewątpliwie w stanie alkalozy gazowej.

Stan ten objawiał się się zresztą klinicznie, tak charakterystyczną dla tej postaci zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, szarą sinicą twarzy, t. zw. przez autorów francuskich barwą „gris plomb clair", oraz znaczną hiperwentylacją płucną, (24 oddechy na minutę).

Znając liczby zasobu zasad w osoczu oraz prędkości CO_2 w powietrzu pęcherzykowem i odczytując z wykresów Petersa i Barra odczyn aktualny krwi, stwierdzić musieliśmy, że Ph. krwi wyższe było w naszym przypadku niż 7.4, a więc mieliśmy tu do czynienia ze stanem alkalozy gazowej nieskompensowanej.

Zarówno alkaloza gazowa jak i kwasica gazowa wystąpić mogą wskutek zaburzeń w oddychaniu i krążeniu (Dautreband). Chory nasz, oprócz sprawy chorobowej w przewodzie pokarmowym, wykazywał daleko posunięty stopień rozedmy płucnej oraz zwyrodnienia mięśnia sercowego i w tych schorzeniach właśnie tkwiła przyczyna zaburzonej równowagi kwasowo-zasadowej, która wyszła na jaw dopiero podczas drugiego badania.

Wobec istnienia zaburzeń ze strony oddychania i krążenia zaraz po przybyciu chorego na oddział, niepodobna przypuszczać, żeby stan alkalozy gazowej nieskompensowanej miał się wytworzyć dopiero pod koniec pobytu szpitalnego. To też przyjąć musimy, że istniała ona już przedtem, lecz znajdywała się w stanie utajenia.

Czemu przypisać należy ten stan utajenia, i co spowodowało zmianę w zasobie zasad podczas pierwszego i drugiego ich oznaczenia?

Gdy podczas pierwszego badania rezerwa alkaliczna wynosiła 70 cm³ CO_2%, chory znajdywał się po długim okresie uporczywych wymiotów. Po upływie trzech tygodni, w czasie których nie wymiotował on ani razu, zasób zasad opadł do 46.2 cm³ CO_2%.

Powód tego jest jasny.

Mieliśmy tu widocznie za pierwszym razem do czynienia z przemijającym stanem alkalozy niegazowej, zależnym, jak i w przypadku podanym w I-em doniesieniu, od uporczywych wymiotów.

Przyczyna, z powodu której stan ten nie mógł się jaskrawo zaznaczyć, była następująca:

Chory nasz, jak to wzmiankowaliśmy poprzednio, musiał już wówczas znajdować się w stanie alkalozy gazowej: zaburzenia w oddychaniu i krążeniu, powodując drogą hiperwentylacji płucnej znaczną utratę dwutlenku węgla, pociągnęły za sobą, jak to wynika z ogólnych prawideł fizjo-patologicznych, wyrównawcze zmniejszenie zasobu zasad w osoczu.

Wskutek tego nawarstwienie alkalozy niegazowej, zależnej od utraty walorów kwasowych w wymiocinach, nie mogło już sprowadzić tak znacznego podniesienia poziomu zasad, jak to ma zwykle miejsce w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Tak więc zasób zasad podczas pierwszego badania tylko nieznacznie przewyższał liczbę przeciętną dla osobnika zdrowego, to jednak przyjąć musimy, że dla naszego chorego było to już znacznem wzniesieniem: dopiero w zestawieniu z badaniem powtórnem, które przeprowadzono w okresie znacznej poprawy objawów żołądkowych, liczba zasobu zasad, otrzymana za pierwszem badaniem, zyskuje na znaczeniu, a rozpiętość liczb 70.0 cm³ CO_2% i 46.2 cm³ CO_2% — jest miarą rzeczywistego zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej. Tak więc zwiększenie zasobu zasad, będące nieodłączną składową zespołu serologicznego, pojawiającego się w przebiegu zwężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, było tu do pewnego stopnia przysłonięte przez trwały stan alkalozy gazowej, zależnej od zaburzeń w oddychaniu i krążeniu.

W miarę poprawy obrazu żołądkowo-dwunastniczego, po przeminięciu burzliwego okresu wymiotów, zespół ten ustąpił, czego

dowodem było zmniejszenie się rezerwy alkalicznej oraz opadnięcie poziomu mocznika w osoczu z 0.45 g na 0.30 g na litr.

Jeszcze jedno zjawisko zastanawia w naszym przypadku. Poziom chloru w osoczu, który za pierwszem badaniem wynosił 3.26 g na litr, po przeminięciu okresu wymiotów, zamiast powrócić do wartości normalnych, jak to się stało z poziomem mocznika, — obniżył się jeszcze bardziej, dochodząc do wartości 3.09 g na litr.

Jeżeli wziąć pod uwagę, jak małym wahaniom ulega w warunkach fizjologicznych poziom chloru w osoczu, (wg. naszych spostrzeżeń poziom chloru w osoczu wynosi 3.40—3.60 g na litr), uznać musimy, że mieliśmy tu do czynienia z dość już znacznym stopniem hipochloremji. Jaka jest tego przyczyna? Chory nasz przez cały czas pobytu w szpitalu był dość silnie alkalizowany, otrzymując od 8 do 10 g alkalji na dobę. W myśl doświadczeń Gambla, Rossa i Tisdala, którzy stwierdzili wędrówkę chloru z osocza do tkanek, przy nadmiernem podawaniu zasad — należało o tej przyczynie myśleć. Przypadki podobne opisuje Ellis.

Jeśli stanąć na tem stanowisku, to przypuszczać także można było, że wędrówka chloru do tkanek, w myśl teorji Ambarda, Schmidta i Arnovlevitcha mogła by się przyczynić do wzmożenia stanu alkalozy gazowej niewyrównanej w naszym przypadku. Według autorów tych bowiem, jon chlorowy, przechodząc z osocza do tkanek, prowadzi do pobudzenia ośrodka oddechowego i tą drogą wywołuje hiperwentylację płucną, co pociąga za sobą wzmożone wydalanie dwutlenku węgla; stan ten wyrównuje się dopiero zmniejszeniem zasobu zasad w osoczu, drogą wydalania ich z moczem.

Tak więc w przypadku naszym mieliśmy na początku do czynienia z ciekawem kojarzeniem się dwu stanów: alkalozy gazowej niewyrównanej, uwarunkowanej zaburzeniami w oddychaniu i krążeniu, i alkalozy niegazowej, zależnej od utraty walorów kwasowych w wymiocinach, wskutek zwężenia dwunastnicy. Po przeminięciu wymiotów, zespół serologiczny, cechujący się stanem alkalozy niegazowej i podniesieniem poziomu mocznika w osoczu ustąpił, a pozostał stan czystej alkalozy gazowej nieskompensowanej, zależnej od zaburzeń w oddychaniu i krążeniu.

Jest to drugie nasze spostrzeżenie, świadczące o możliwości łączenia się dwu stanów zaburzonej równowagi kwasowo-zasadowej, wskutek dwu odmiennych procesów w dwu różnych narządach.

Podobnie jak w przypadku, opisanym w II-iem doniesieniu przez A. Landaua i J. Glassa spostrzegaliśmy łączenie się kwasicy głodowej, zależnej od zwężenia odźwiernika, z alkalozą gazową, wywołaną przez ciężką niedokrwistość wtórną, tak obecnie mieliśmy możność spostrzegania przemijającego kojarzenia się alkalozy gazowej, zależnej od rozedmy i zaburzeń w krążeniu, ze stanem alkalozy niegazowej, występującej w przebiegu zwężenia dwunastnicy.

Spostrzeżenie to zasługuje na uwagę z tego względu, że mogło ono być dokładnie odcyfrowane dopiero przez dwa badania, przeprowadzone w różnych okresach czasu, które pozwoliły po za trwałym stanem alkalozy gazowej, rozpoznać utajony jakby i przemijający stan alkalozy niegazowej, zależnej od umiarkowanego zwężenia dwunastnicy.

Piśmiennictwo.

1) J. K. Parnas: O kwasicy, P. Arch. Med. Wewn., t. V, zesz. III, 1927. — 2) M. Labbé et F. Nepveux: Acidose et alcalose, Masson 1928. — 3) Ambard, Schmidt et Arnovlevitsch: Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 3 févr. 1927. — 4) Katsch: Magensekretion, Hand. d. inn. Medizin, Bergmann u. Stachelin, t. III, cz. I. — 5) A. Landau, B. Jochweds i R. Pekielis: P. Gaz. Lek., Nr. 15, 1928. — 6) Ci sami: Arch. d. malad. de l'App. Dig. et de la Nutr., 1 et 4, 1928. — 7) A. Landau i J. Glass: P. Gaz. Lek., Nr. 35, 1928.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

Psychotechnika i poradnictwo zawodowa a medycyna.

W pracy swojej pt „Psychotechnika w tramwajnictwie" (Przegląd elektrotechniczny 1928 Nr. 10) zwróciłem uwagę, że równolegle z powstaniem i rozwojem psychotechniki tj nauki o badaniu zdolności i kwaliwikacyj zawodowych oraz poradnicewa zawodowego, wywiązały się rozmaite poglądy w kwestji, czy psychotechnika ma pozostać samodzielną wobec czystej medycyny, czy lekarz czy psycholog ma uprawiać psychotechnikę, czy też ona jest rzeczą inżyniera, względnie technika. Obecnie więcej zajmują się tym działem psychologowie i technicy. W rozmaitych laboratorjach i poradniach zawodowych niemieckich pracują przeważnie psychologowie i inżynierowie, wykształceni psychotechnicznie, gdzieindziej — pedagodzy. Przeciwnicy wyłącznego poruczania psychotechniki lekarzom opierają się głównie na rozwoju psychotechniki i podkreślają, że lekarz nie może budować wytycznych w przemyśle, handlu lub rolnictwie,że do zakresu lekarskiego nie należy np. psychologiczna ocena zdolności do tresury psów policyjnych, psychotechnika reklamy, psychologja zeznania w sądzie, psychotechnika biegłości gospodarczej. Podnoszą oni, że nowoczesna psychjatrja wstąpiła na drogę olbrzymiego postępu dzięki psychologji i wskazują na przewrót, jaki psychoanaliza i indywidualna psychologja wywołały w psychjatrji i w neurologji. Natomiast lekarze w sporze tym podnoszą, że związek między fizjologją a psychotechniką jest bardzo ścisły, że psychotechnika jest zastosowaniem badań psycho-fizjologicznych do potrzeb życia codziennego, podobnem do medycyny sądowej, w której badania lekarskie zastosowane są do potrzeb i celów sądowych i prawniczych. Wiele praktycznie stosowanych zagadnień opiera się bezpośrednio na fizjologji. Np. całe zagadnienie zmęczenia nie da się traktować bez fizjologji. Nauka o pamięci również oparta jest o fizjologję. Liczne badania np. terenu zmysłów, wzroku i słuchu, akomodacji wzroku, kurzej ślepoty, ślepoty na barwy i badania zmysłu statycznego, są ściśle związane z fizjologją. W niektórych badaniach psychotechnicznych strona fizjologiczna jest dopiero zapoczątkowana. Tak np. objawy fizjologiczne, towarzyszące wzruszeniom, badania tętna, oddechu, odruchu psychogalwanicznego, parcia krwi, stanu krwi i jej przesunięcia względnie rozpołożenia, są jeszcze niedostatecznie zbadane. Anatomja pomocna jest psychotechnice tam, gdzie chodzi o badanie ruchów, badanie kroku ludzkiego albo przy psychtechnicznem określaniu sztucznych członków i protez. Nowoczesne badania nad konstytucją ludzką wykazują ścisłą korelację między procesami wydzielniczymi, budową ciała i charakterem człowieka. Lekarze też podnoszą żądanie, aby psychotechnika była zadaniem lekarzy, psychologicznie i psychjatrycznie wyszkolonych, nie tylko dlatego, że zagadnienie zdolności psychicznych jest ściśle spleciona ze stanem somatycznym, lecz i dlatego, że pozornie psychiczne braki są często tylko wyrazem przejściowych zaburzeń cielesnych lub psychicznych, że poza poszczególnymi objawami lekarz uwzględnia cały organizm, a poza pojedynczą właściwością i chwilową sytuacją patrzy na całą osobę.

Walka między fachowymi psychologami a lekarzami przy badaniach wojennych dla celów psychotechnicznych wojskowych w Ameryce została usuniętą przez wprowadzenie podczas wojny komisyj mieszanych, składających się z lekarzy i psychologów.

Jeżeli natomiast uwzględnimy wpływ socjalnego środowiska na osobnika, to ponieważ wiele czynników, wchodzących w grę, leży poza zakresem medycyny, przeto uwidacznia się tu konieczne współdziałanie różnych działów, bo i medycyna z psychologją muszą tu współdziałać dla uzyskania korzystnych wyników badań psychotechnicznych. Dlatego też wśród rozbieżnych powyższych poglądów zaznaczać się zaczyna opinja (inż. Ter—Kraków), że pod nazwą „psychotechnika" wyłania i zapoczątkowuje się zupełnie nowy i odrębny zawód intelektualny. Do zawodu tego — jak się zdaje — przygotowawczo trzeba będzie studjować anatomję, fizjologję, biologję, bijochemję, higjenę, fizykę i mechanikę, logikę, psychologję i pedagogję, znajomość i istotę różnych zawodów, statystykę, ekonomję polityczną i socjologję a ponadto naukowe podstawy organizacji, historję i ustawodawstwo pracy.

Już dawno fizjologja, higjena a zwłaszcza higjena szkolna, higjena pracy zawodowej oraz przemysłowa zajmowała się tym przedmiotem, atoli dziedziny te obecnie pod dyktatem życia praktycznego rozwinęły się i wyspecjalizowały silnie w kierunku społecznie celowym jako psychotechnika i poradnictwo zawodowe. Wskutek tego bez względu na to jaki pogląd zwycięży i w jakim kierunku sprawy podążać będą, tj. czy psychotechnika wyodrębni się jako całkiem osobna dziedzina, czy też nie, wpływ tej dziedziny na medycynę jest niewątpliwy i ogromny a udział medycyny i lekarzy w tej dziedzinie bez przesady rzec można bezwzględnie konieczny i decydujący. Dziś już literatura lekarska obejmuje obszerne i zbiorowe lekarskie podręczniki poradnictwa zawodowego, opracowane przez pierwszorzędnych specjalistów prawie wszystkich działów jak: internistów, okulistów, pedjatrów, psychjatrów i neurologów, chirurgów, oto-laryngologów ginekologów i dermatologów. Ponadto niektóre fakultety jak np. wiedeński mają osobne katedry medycyny społecznej, zajmujące się poradnictwem zawodowem. Lekarska strona poradni zawodowych spoczywać musi w obecnej chwili poza specjalistami psychotechnikami po części na barkach lekarzy szkolnych. W Niemczech Alexander propaguje nawet myśl zakładania specjalnych klinik

szkolnych, w którychby przedmiotem badania były wszystkie sprawy lekarskie, związane z jednej strony ze szkołą, nauką i rozwojem cielesnym dzieci a z drugiej z poradnią zawodową, a w Austrji podjęto myśl przekształcenia wojennych zakładów opieki nad inwalidami wojskowymi na specjalne poradnie i opieki dla ułomnych dzieci. Odrębne nieco zadanie mają lekarze pewnych działów, jak kolejowi, tramwajowi, wojskowi, lekarze marynarki, lotnictwa i t. p., którzy mają pewien ustalony dział przed sobą i muszą badać tylko, czy dany kandydat posiada cechy potrzebne do pracy w danym poszczególnym dziale. Atoli badania takie dzięki nowoczesnemu rozwojowi psychotechniki muszą być znacznie rozszerzone. W każdym razie przy wyborze każdego bez wyjątku zawodu dziś już bezwarunkowo poprzedzać powinno szczegółowe badanie lekarsko - psychtechniczne każdego kandydata.

Kierunek psychotechniczny wywarł wpływ na medycynę, zwracając uwagę na cały szereg zjawisk fizjologicznych, odgrywających rolę w codziennej pracy zawodowej, oraz rozszerzając i pogłębiając dotychczasowe badania w tym kierunku. A zatem rozszerzyły się badania nad inteligencją, pamięcią, uwagą, szybkością spostrzegania, fantazją, energją, wytrwałością w pracy, nad lokalizacją słyszanych dźwięków, nad działaniem ciemności i oślepienia na akomodację i bystrość spostrzegania, nad orjentacją i t. p. Dalej badania nad pewnością i zręcznością ruchów kończyn, subtelnością dotyku, szybkością chwytu, nad drżeniem rąk, jako czynnikiem przeszkadzającym w pracy, nad lękliwością, oraz sposobami reagowania na najrozmaitsze bodźce. Zwłaszcza wiadomości o reakcjach i odruchach uległy znacznemu rozszerzeniu. Podczas gdy dotychczas przy badaniach reakcyj zwracano uwagę głównie na moment czasowy, to obecnie zaczęto też zwracać uwagę na moment dynamiczny reakcji t. j. na siłę i intenzywność, jaką żywy osobnik odpowiada na bodźce zewnętrzne oraz na moment motoryczny, który charakteryzuje postać dokonanego ruchu t. j. wielkość drogi odbytej przez dany narząd, szybkość i czas ruchu tego narządu. Ponadto zaczęły się równolegle liczne prace lekarskie nad racjonalnem wyzyskaniem siły ludzkiej przy pracy zawodowej. Wprawdzie bowiem człowiek tem się różni od maszyny, że się męczy, ale posiada on natomiast zdolność z samego siebie uzupełniać zużytą siłę, jest zdolny przez ćwiczenie i celowe ruchy potęgować wydatność swej pracy i jest zdolny do pracy twórczej. Powstał cały szereg badań nad zmęczeniem, nad ruchami przy pracy, nad wpływem psychicznym interesu albo zainteresowania pracującego na wydatność pracy. Zwrócono bowiem uwagę na doniosłość zainteresowania pracującego na wykonywaną przez tegoż pracę i stwierdzono, ze stanowiska psycho - fizjologicznego że niezadowolenie jest czynnikiem bardzo silnie obniżającym wydatność pracy. Zajęto się dokładnie stosunkiem między odżywianiem a wydatnością pracy. Np. badania angielskich lekarzy stwierdziły, że wydajność robotnika, rozpoczynającego pracę bez posiłku rannego spada o 13%, a nadto podlega on łatwiej chorobom zakaźnym. Dalej rozszerzyły się badania nad sposobami zelżenia i poprawienia warunków pracy. Zaczęto dążyć do zasady, aby maximum świadczonej pracy opierało się także na maximum ochrony pracy i nad usunięciem warunków, któreby uszkadzały osobę pracownika. Ponieważ idący z Ameryki system t. zw. tayloryzmu, przez dążenie do spotęgowania produktywności pracy wprowadził stałe wykonywanie monotonnych, uproszczonych i drobnostkwych czynności, przeto ze strony lekarskiej powstały dążenia do stworzenia antidotów, — aby przez to nie nastąpiło zubożenie i upadek osobowości pracującego.

Rozrost badań psychotechnicznych idzie w szybkim tempie i już teraz zaczynają się zaznaczać 2 kierunki działania. Jeden to kierunek badań praktyczno - organizacyjnych, a drugi kierunek ściślych badań naukowych. T e l e k y podnosi z naciskiem, że najlepszem przygotowaniem dla lekarskiego poradnictwa zawodowego nie jest studjum statystyki lekarskiej ani sprawozdań kas chorych, lecz odwiedzanie warstatów i fabryk dla zapoznania się z warunkami zawodu, z warunkami szkolenia w zawodzie i z warunkami życia jakie stwarza praca z jednej strony a wynagrodzenie za nią z drugiej strony. B e n a r y i K l u t k e w Niemczech a S p i e l r e i n w Rosji poszli w metodyce badań praktycznych jeszcze dalej i twierdzą, że dotychczasowe badania „egzaminacyjne“ są niedostateczne i dochodzą do postulatu, aby psychotechnik, który ma zamiar zbadać naukowo jakiś zawód, sam się go uczył i na tej drodze czynił spostrzeżenia nad napotykanemi trudnościami, nad znużeniem, techniką uczenia się, nad postępami i automatyzacją i t. p. Z drugiej strony pod kierunkiem niedawno zmarłego sławnego profesora B e c h t e r e w a powstało w Leningradzie centralne laboratorjum dla ściśle naukowych lekarskich badań mózgu i pracy psychicznej. W programie tej pracowni leży między innemi badanie procesu pracy ze stanowiska mechaniki, anatomji, biochemji i refleksologji, badania nad zmęczeniem i powrotem energji u pracującego, badania nad osobowością pracującego w związku z warunkami pracy, badania warunków i okoliczności wpływających na tok pracy, i t. p. Z instytutem tym połączona jest klinika dla chorób nerwowych i zawodowych, w której równocześnie odbywają się badania nad działaniem czynników mechanicznych, termicznych, elektrycznych i innych na ustrój pracującego. Ponadto jest tam warstat kinematograficzny w celu dokładnej analizy ruchów przy pracy, oraz muzeum zbiorów ilustrujących wynik badań naukowych nad procesem pracy. Między innemi przeprowadzono interesujące badania nad szybkością pracy lekarskiej. Stwierdzono, że lekarz, który praktykuje 15 — 25 lat potrzebuje przeciętnie do zbadania nowego chorego 12 — 15 minut, w rzadkich przypadkach 7 — 8 minut. Przy ponownych zaś wizytach, o ile z tem nie jest związana specjalna jakaś procedura, potrzebuje on 2 — 5 minut. Lekarze mniej doświadczeni z 5 — 7 letnią praktyką potrzebują do tych samych czynności przeciętnie dwa razy dłuższego czasu a lekarze z praktyką 2 — 4 letnią potrzebują 3 razy więcej czasu. Te różnice tłumaczą się tem, że młodsi lekarze zwracają uwagę na szczegóły wywiadów i stanu chorego, które dla doświadczonych lekarzy nie są istotnemi, tak że zadają mniej pytań. Tensam stosunek pracy w zależności od liczby lat praktyki został stwierdzony też u chirurgów i syfilodologów. Stwierdzono też przebieg i wpływ zmęczenia przy pracy lekarskiej w szpitalach, który wywołuje objawy, idące w dwóch wprost przeciwnych kierunkach. Niekiedy bowiem lekarz szpitalny rozpoczyna wizytę ze świeżemi siłami i uskutecznia ją zrazu silnie i energicznie a w miarę zmęczenia bada chorych coraz powolniej. W innych przypadkach zpoczątku odbywają się badania dokładniejsze a w miarę zmęczenia tok sprawy odbywa się coraz szybciej. Stwierdzono, że znacznie szybciej występowało znużenie, gdy lekarz nie pracował spokojnie, lecz był wciąż od pracy odwoływany. Są to fakta na ogół znane, ale dopiero teraz od czasu rozwoju kierunku psychotechnicznego przystępuje się do ich ściśle naukowego badania i to odnośnie do najrozmaitszych zawodów. Dla celów praktycznych i potrzeb życiowych badania takie bywają przeprowadzane w najrozmaitszych krajach i instytutach i bardzo liczne prace ogłaszane. Np.: O elementach pracy i impulsie woli, o towarzyszących pracy zjawiskach cieplnych, chemicznych, elektrycznych, zmianach w krążeniu krwi i w różnych narządach, dalej o mierzeniu pracy i jej wydajności, o pracy statycznej i dynamicznej, o wpływie hormonów na zmęczenie, o odrębnych cechach umysłowej artystycznej i fizycznej pracy u kobiet w związku z ich fizjologiczną odrębnością, o wpływie sugestji na odruchy, o zmęczeniu w świetle teorji jonów i odruchów, o wpływie zawodu na zachowanie się człowieka i jego odruchy, o wpływie systematycznego głodzenia na pamięć i wiele innych. Niektóre z tych tematów są omawiane w dziele polskiem Prof. Dra K a r a f f y - K o r b u t a p. t.: „Higjena pracy“, zakreślonem na większe rozmiary, którego pierwszy tom niedawno pojawił się na półkach księgarskich.

Przy rozpatrywaniu lekarskiem wyboru zawodu zadanie lekarza jest następujące: 1) Zbadać kandydata i przekonać się o stanie narządów o ewentualnych stanach chorobowych, upośledzeniu lub mniejwartościowości narządów i konstytucji ogólnej w chwili badania.

2) Zapoznać się na podstawie szczegółowych wywiadów z przeszłością kandydata, nabrać wiadomości o przebytych chorobach, o skłonnościach, o popędach, o nawyczkach, o pobudliwości, ewentualnych natrętnych myślach i czynach, oraz poznać środowisko i warunki życia przeszłego i zamiłowania badanego — dla oceny funkcjonalno - prognostycznej zdolności i wydajności badanego ustroju.

3) Ocenić psychotechnicznie właściwości psychiczne, inteligencję, kwalifikacje i kierunek uzdolnienia kandydata.

4) Znać względnie poznać dokładnie zawód do którego się zmierza, warunki pracy zawodowej, które narządy i w jakim stopniu są zawodowo zaprzęgane do pracy oraz wszystkie rodzaje szkodliwości, które dany zawód w sobie mieści i tryb życia, jaki zawód za sobą pociąga.

Zadaniem lekarza - doradcy jest zatem u osobnika u którego stwierdził jakieś schorzenie lub skłonność do schorzenia — wpłynąć na wybór takiego zawodu, któryby nie uszkadzał upośledzonego stanu zdrowia. Np. osobników, którzy utracili byli jedno oko, będzie on zdala trzymał od zawodu, któryby łatwo narażał oko pozostałe przez padające iskry lub odłamki, a zatem od zawodu kowala, ślusarza, kamieniarza lub rzeźbiarza. U osobników mocno skłonnych do zakażeń wykluczy zawody usposabiające o zakażeń, a u chorych na serce lub u neuropatów wykluczy zawody z rozdrażniającą pracą fizyczną lub psychiczną. Hypermetropa, który zresztą może posiadać dobrą bystrość wzroku, nie można skierować do zegarmistrzowstwa, jubilerstwa lub złotnictwa i t. p. Osob-

nika z płaskiemi stopami albo dotkniętego białkomoczem ortostatycznym nie można skierować do zawodu, wymagającego ciągłego stania, podczas gdy chory z wadą serca rozedmą lub astmą będzie się czuł dobrze w tym zawodzie. Podobnie dziewczęta, dotknięte skrzywieniem kręgosłupa bardzo często imają się bez fachowej porady zawodów lekkich, takich jak szwaczki, krawczyni, hafciarki lub modystki — a wiadomą jest rzeczą, że siedząca i pochylona pozycja bardzo często potęguje istniejące zniekształcenie kręgosłupa. Również nie nadają się one np. na piastunki do małych dzieci, które muszą być noszone na rękach. Osobniki z wygórowanem poceniem się nie nadają się do fabryk sody, chlorku wapniowego, przetworów anilinowych, żelaza i stali i t. p. Ponadto są oni nieprzyjmowani na fryzjerów, kelnerów i t. p. Często zawód nawet cięższy, ale wykonywany na wolnem powietrzu, albo w lokalach, w których pracownik nie pozostaje w ściślejszym kontakcie z innymi, jest lepiej znoszony niż lżejszy zawód, wykonywany w gorszych warunkach. Więc aczkolwiek np. zawód krawczyni, kantorzysty lub urzędnika sam w sobie nie jest ciężki, to jednak współpraca liczniejszych sił w lokalu prowadzi często do szerzenia się np. gruźlicy. Natomiast osobniki anemiczne lub z objawami nerwicy narządowej o mniejszowartościowej konstytucji będą z większą korzyścią pracowały jako posłańcy, ajenci, akwizytorzy albo w ogrodnictwie, leśnictwie lub na wsi pomimo cięższej pracy oraz takich szkodliwych czynników jak zimno, przemoczenie i t. p. Zakaz t. j. negatywne orzeczenie co do wyboru jakiegoś zawodu może lekarz wydać w pewnych warunkach już po jednorazowem zbadaniu, o ile stwierdzi u badanego choroby, które już z góry wykluczają zdolność do pewnych zawodów. Natomiast wskazówki co do wolnego wyboru zawodu może on dać tylko po dokładnej obserwacji i rozpatrzeniu rozmaitych momentów i czynników, nie dających się uchwycić przez jednorazowe badanie. Poza badaniem psychotechnicznem chodzi wówczas także o obraz dotychczasowego rozwoju, o reakcje fizyczne i psychiczne na bodźce i urazy codziennego życia, i wpływ ich na stan fizyczny i duchowy. Przed udzieleniem zatem takiej porady musi lekarz zorjentować się w różnych patologicznych skłonnościach i nieprawidłowych reakcjach badanego ustroju wpływających na stan zdrowia i zdolność do pracy a które często pozostają w stanie utajonym. Często zachodzą wprost trudności rozpoznawcze, gdy chodzi o to czy jest organiczna wada serca, albowiem często u dzieci i młodocianych możemy stwierdzać wybitnie słyszalne szmery lub nieregularną akcję serca, choć nie ma wady organicznej. Również może sprawiać trudność białkomocz ortostatyczny t. j. białkomocz powstający przy staniu i chodzeniu, bo o ile do lekkich postaci tego białkomoczu nie przywiązujemy zupełnie wagi, to jednak wydzielanie większych ilości białka jest wyrazem większej wrażliwości nerek i nakazuje ostrożność w wyborze zawodów, połączonych zwłaszcza z działaniem zimna i przemoczenia.

Niekiedy staje lekarz wobec osobników już dorosłych które pod wpływem pewnych zachodzących lub przebytych stanów chorobowych stają stosunkowo już późno wobec kwestji wyboru lub zmiany zawodu. W Kazaniu istnieje specjalny zakład psycho-fizjologiczny badań dla zmiany zawodu. Jest to stanowisko trudne i odpowiedzialne. Np. chorzy dotknięci chorobą Basedowa, o ile są wyleczeni lub znacznie poprawieni mogą być użyci w takich zawodach, które nie wymagają szczególnych rozdrażnień psychicznych ani wysiłków fizycznych a głównie w takich zawodach, które umożliwiają pobyt w dobrem i świeżem powietrzu. Natomiast przy stanach hypotyreidalnych zmuszony jest lekarz oceniać zdolność poprawy leczniczej, zwłaszcza, że od czasu badań Wagner-Jauregga wiemy, że nawet kretyni pod wpływem leczenia tarczycą poprawiają się i mogą być zdolnymi do różnych zawodów niezbyt skomplikowanych i samodzielnych. To samo dotyczy obrzęku śluzakowatego. W przypadkach zatruć przewlekłych (a w pierwszym rzędzie wchodzą tu w grę zatrucia zawodowe ołowiem i rtęcią) lekarz musi sobie wprzód zadać pytanie czy chodzi o stan lekki i wyleczalny a wówczas musi nalegać na to, aby chory po wyleczeniu nie powrócił na nowo do zawodu, któryby go narażał na takie same szkodliwe wpływy, a przynajmniej aby dalsza praca zawodowa odbywała się w warunkach koniecznej ochrony higjenicznej. W stanach niewyleczalnego charłactwa lekarz, jeżeli wogóle może orzec o zdolności do pracy, to tylko do najlżejszej. Ponadto stanąć może lekarz wobec alkoholizmu, morfinizmu i kokainizmu. Zazwyczaj chodzi tu o wypadki spóźnione w których nie można było przez odpowiednią poradę zawodową zapobiec stanowi patologicznemu, a chodzi tylko o wkroczenie i korekturę stanu już istniejącego. Musimy zwrócić uwagę baczną na młodocianych neuropatów u których często zauważyć się daje nadmierna i niestosunkowo silna nietolerancja wobec bólów i wszelakiego rodzaju dolegliwości i przykrości i pęd do ogłuszania ich. Ponieważ z takich ludzi rekrutują się zazwyczaj morfiniści, kokainiści i alkoholicy, przeto już wcześnie musimy ich jako takich traktować i o ile jest jeszcze czas na to staramy się przeciwdziałać wstąpieniu na medycynę, do posług lekarskich oraz do zawodu farmaceutycznego lub drogueriji. Co się tyczy alkoholizmu, to osobników takich, o ile nie zachodzi nieuleczalne otępienie umysłu alkoholowe, psychoza Korsakoffa i t. p. stany, które z góry wykluczają wszelką zdolność do pracy, należy zdaleka trzymać od zawodów, dających sposobność do picia, jak browarów, winiarni, restauracyj i szynków. Dipsomanja t. j. opilstwo okresowe, wydarza się według Wachholza u dziedzicznych psychopatów ze znamionami zwyrodnienia. Ponieważ u nich pojawia się okresowo nieobliczalny i niepokonalny popęd do zupełnego upojenia się, a początek tych stanów nie jest dla otoczenia dostrzegalny, przeto nie należy ich dopuszczać do odpowiedzialnych zawodów. Jak straszne skutki może wywołać postawienie dipsomana na nieodpowiedniem stanowisku, tego dowodzi epidemja dżumy laboratoryjnej, która wybuchła we Wiedniu w r. 1898-ym z powodu tego, że służący laboratoryjny był dipsomanem i dostawszy nagłego napadu dipsomanicznego obszedł się nieostrożnie z jadowitemi hodowlami bakteryj dżumy. Co się tyczy epilepsji, to o ile połączona jest z tępotą umysłową, nadaje sie chory co najwyżej do prymitywnych i niesamodzielnych zajęć, natomiast epileptycy, o ile nie miewają zbyt częstych napadów, bywają zdolni do pracy zawodowej, a często wśród epileptyków-degeneratów napotyka się osobniki bardzo zdolne a nawet niekiedy wprost genjalne. Ponieważ epileptyków cechuje zazwyczaj nietolerancja i wrażliwość wobec alkoholu i narkotyków, przeto będziemy ich zdala trzymali od zawodów, mieszczących w sobie te pokusy. Również silne wzruszenie i wysiłki fizyczne mogą wywołać napady. Epileptycy nie nadają się do zawodów, wymagających pracy na wysokościach, wieżach, dachach, rusztowaniach i drabinach, przy kołach i pasach transmisyjnych, przy robotach wodnych, przy paleniskach rozgrzanych w ubikacjach o licznych kątach i krawędziach. Nie nadają się do fabryk broni, do służby przy ruchu ulicznym ani do służby strażniczej. Również nie nadają się do współpracy z osobnikami bardzo wrażliwymi na widok napadów lub skłonnymi do infekcji psychicznej i histerji. Natomiast o ile epilepsja nie jest zbyt ciężką, przy pracy na roli mogą być z pożytkiem użyci; również nadają się do drobnego nie fabrycznego rzemiosła.

Jak doniosłą jest w tym kierunku rola medycyny, tego dowodzą badania w zakładach Forda, które wykazały, że nawet ułomni mogą przy odpowiednim wyborze posterunku przewyższać pod względem wydajności pracy zdrowych. W zakładach tych było zajętych: bez obu nóg 4, o jednej nodze 234, bez obu rąk 1, z jedną ręką 123, zupełnie ślepych 4, ślepych na jedno oko 207, prawie ślepych na jedno oko 253, głuchoniemych 37, epileptyków 60. Chorzy na płuca pracują tam w halach specjalnych, dobrze powietrznych, w warunkach takich, by mogli przyjść do zdrowia. Nie narażają w ten sposób zdrowych, sami zaś czują się otoczeni opieką jak w sanatorjum.

Oczywiście, że przytoczyłem powyżej wiązankę prostych przykładów dla zailustrowania zadań wobec których stoi poradnictwo lekarskie. W wieku XX-tym nastąpił w niektórych dziedzinach np. sztuki i psychologji zasadniczy przewrót, cechujący się zstąpieniem z zacisza i wyżyn odrębności i teorji, a wstąpieniem w realne codzienne życie. Przejaw ten uwydatnił się w sposób, który symbolicznie wyraził Jewreinow w swej sztuce scenicznej p. t. „To co najważniejsze", zabierając aktorów ze sceny do życia i każąc im swą realną grą aktorską zlać się z życiem, przekształcać je i dodać mu piękna, uroku i pożytku. Sztuka z muzeów, galeryj i pracowni weszła w realne życie jako artystyczne kształtowanie przedmiotów codziennego użytku. Psychologję zaprzęgła medycyna do diagnostyki, terapji i pedagogji przez psychoterapię, psychoanalizę i psychologję indywidualną. Podobnie obecnie zakres działania medycyny rozszerzył się w dziedzinie praktycznej przez rozwój psychotechniki i poradnictwa zawodowego. Do dotychczasowych świadczeń medycyny dołącza się bowiem nowe zadanie czuwania nad tem, aby osobniki odpowiednie stały na odpowiednich posterunkach, co oczywiście mieści w sobie celowe badanie fizyczne i psychologiczne osobników i badanie odnośnych posterunków. A kto skutecznie podąża do tego, aby ludzie pracowali z zadowoleniem, w odpowiednich sobie zawodach aby talenty się rozwijały a geniusze nie zaprzepaszczały i aby żadna praca i zdolność nie szły na marne, ten przysparza społeczeństwu nowe bezcenne wartości i olbrzymie zdobycze moralne i realne.

———

Dr. Michał GEDROYĆ. Lwów.

Badania doświadczalne nad nadwrażliwością zwierząt ssących uczulonych tkanką nerwową embrjonalną.

Z Instytutu Farmakologji dośw. U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Włodzimierz Koskowski.

W badaniach naszych nad nadwrażliwością zwierząt względem tkanki nerwowej, wzięto przedewszystkiem pod uwagę tkankę nerwową embrjonalną, a to z tego powodu, że homogenetyczna tkanka embrjonalna, wprowadzona zwierzęciu ssącemu po raz pierwszy do krwi, nie wywołuje żadnych widocznych objawów klinicznych. Emulsja natomiast z tkanki nerwowej zwierzęcia dojrzałego wprowadzona dożylnie w tych samych ilościach, wywołuje nader silne obrazy wstrząsowe.

Objawami temi są: silny spadek ciśnienia krwi, oddawanie kału i moczu, przyśpieszenie czynności serca i oddechowej; wreszcie po 1—3 następuje śmierć zwierzęcia wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych.

Dotychczas autorowie zajmujący się kwestją anafilaksji względem tkanki nerwowej, używali tak do uczulania, jak i wywoływania antigenu ze zwierzęcia dojrzałego i dlatego wobec wspomnianej jadowitości tkanki nerwowej dojrzałej, niejednokrotnie trudno było w pewnych przypadkach rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia ze wstrząsem typu anafilaktycznego, czy też typu anafilaktoidalnego.

Doświadczenia wykonałem na królikach, jako antigenu używając emulsji z mózgów embrjonów króliczych, mózgu dojrzałego królika i dojrzałego psa.

Część doświadczalna.

Uczulanie królików materjałem z tkanki nerwowej ebmrjonalnej.

Króliki Nr. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 były uczulane emulsją z tkanki nerwowej embrjonalnej (z mózgów embrjonów króliczych), poczynając od embrjonów trzytygodniowych, kończąc na materjale najdalej w dwa dni po urodzeniu. Króliki uczulane otrzymywały wstrzykiwania w przerwach tygodniowych, po 5 ccm emulsji z tkanki nerwowej każdorazowo. Emulsję przygotowywano w stosunku 1—5 t. j., jeden gram materjału nerwowego na 5 ccm płynu fizjologicznego jałowego. Wszystkie króliki otrzymały po pięć wstrzyknięć.

Kontrola taka sama lub kilkakrotnie nawet większa materjału embrjonalnego wstrzyknięta królikowi normalnemu nie zmienia ciśnienia krwi [1]).

K r ó l i k Nr. 2, wagi 2650 g, otrzymuje dożylnie w 12 dni po ostatniej injekcji przygotowującej 0.2 ccm emulsji z mózgu dojrzałego królika 1:10. Po injekcji spadek ciśnienia krwi po 1' 5" ze 128 mm Hg na 100 mm Hg, po 3' na 24 mm Hg. (Krzywa Nr. 2). Ginie po 4' wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych.

K r ó l i k Nr. 3, wagi 1480 g, otrzymuje w 10 dni po ostatniej injekcji przygotowujące dożylnie 0.2 ccm emulsji z mózgu dojrzałego psa w rozcieńczeniu 1:10. Po injekcji w przeciągu 3' następuje spadek ciśnienia krwi ze 186 mm Hg na 20 mm Hg i śmierć zwierzęcia wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych. (Krzywa Nr. 3).

K r ó l i k Nr. 4, wagi 1900 g, otrzymuje dożylnie w 10 dni po ostatniej przygotowującej injekcji, 0.5 ccm emulsji z mózgu żaby (R. esculenta) 1:10. Bardzo powolny spadek ciśnienia krwi, dochodzący po 10' ze 174 mm Hg do 156 mm Hg. (Krzywa Nr. 4).

K r ó l i k Nr. 6, wagi 1680 g (kontrola), otrzymuje dożylnie 0.2 ccm takiejże emulsji, jak królik Nr. 2; bezpośrednio po injekcji spadek ciśnienia ze 140 mm Hg na 100 mm Hg. Po upływie pół minuty ciśnienie krwi podnosi się na 140 mm Hg i utrzymuje się wreszcie na poziomie 130 mm Hg przez kilkadziesiąt minut. (Krzywa Nr. 5).

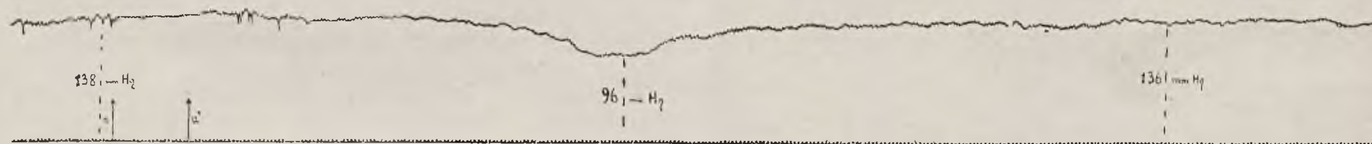
K r ó l i k Nr. 7, wagi 1700 g, otrzymuje w 13 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej 0.5 ccm surowicy końskiej. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany.

K r ó l i k Nr. 8, wagi 1780 g, otrzymuje w 12 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej dożylnie 10 ccm surowicy końskiej. Ginie po kilku minutach, wśród objawów porażenia ośrodków oddechowych. (Krzywa Nr. 7).

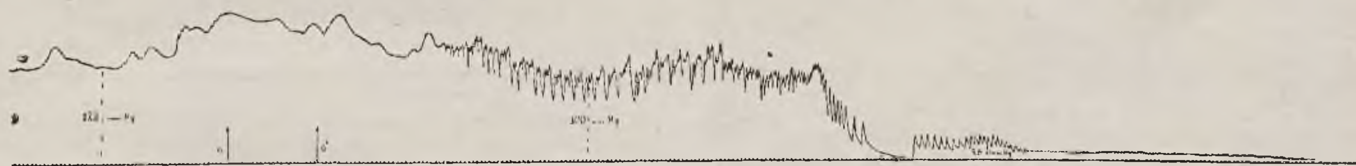
K r ó l i k Nr. 9, wagi 1800 g, otrzymuje dożylnie w 10 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej 5 ccm surowicy neurotoksycznej (surowica ta pochodziła od królika który w odstępach jednotygodniowych otrzymywał trzy injekcje materjału nerwowego z mózgu dojrzałego królika, po 5 ccm jednorazowo w stosunku 1 : 5. Królika skrwawiono po 10 dniach. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany. (Krzywa Nr. 8).

K r ó l i k Nr. 10, wagi 1570 g, otrzymuje dożylnie w 14 dni po ostatniej injekcji przygotowawczej 0.5 ccm emulsji z mózgu sowy

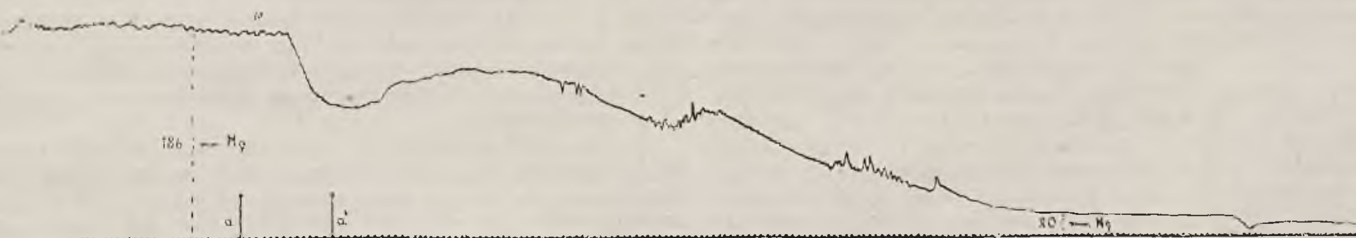
a—a, -- czas wstrzykiwania



Krzywa Nr. 1.



Krzywa Nr. 2.



Krzywa Nr. 3.

K r ó l i k Nr. 1, wagi 1870 g, uczulony, otrzymuje dożylnie, w 13 dni po ostatniej injekcji 0.5 ccm, emulsji z tkanki mózgowej trzytygodniowego płodu. Materjał do injekcji przygotowany w stosunku 1—10.

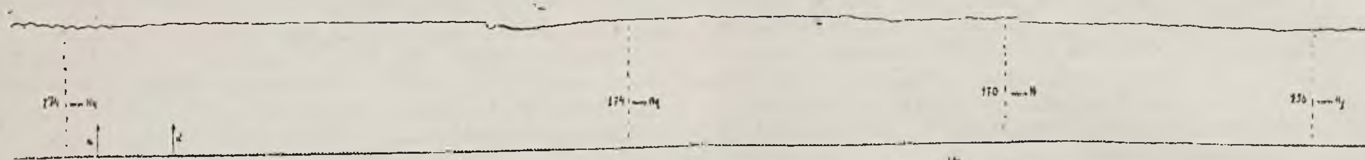
Ciśnienie krwi spada ze 138 mm Hg po 1' 4" na 96 mm Hg (oddanie kału), po upływie pół minuty ciśnienie krwi podnosi się na 136 mm Hg. (Krzywa Nr. 1).

(Strix flammea) 1:10. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany (Krzywa Nr. 9).

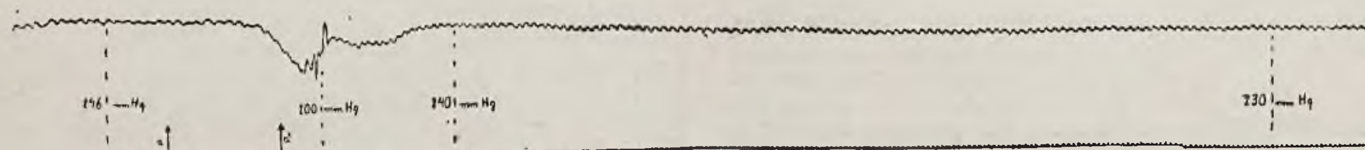
[1]) M. Gedroyć: Badania porównawcze nad jadowitością układu nerwowego środkowego (zobacz krzywą ciśnienia krwi dla emulsji z mózgu embrjonalnego, krzywa Nr. 2 i Nr. 3). Pol. Gaz. Lek. Nr. 38, 1928 r.

Z powyższych doświadczeń wynikałoby, że królika można uczulić tkanką nerwową embrjonalną jego własnego gatunku. Uczulenie to jednakże, jak widzimy ze stosunków ilościowych i jakościowych, których zmianą jest krzywa ciśnienia krwi i objawy kliniczne, jest słabe dla antigenu embrjonalnego, jest natomiast bardzo wybitne dla antigenu pochodzącego ze zwierzęcia dojrzałego (doświadczenia i krzywe ciśnienia krwi Nr 1, 2 i 3).

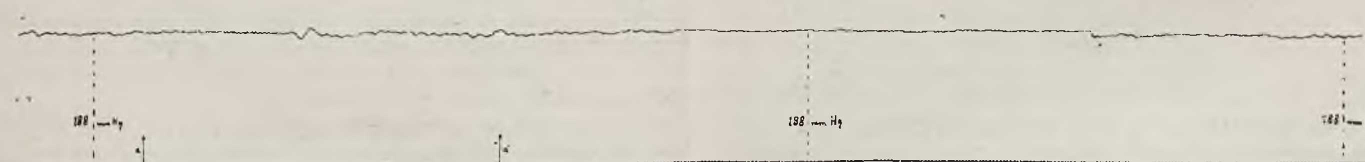
Uczulanie materjałem z tkanki nerwowej zwierząt niższych dałoby prawdopodobnie te same rezultaty, jak uczulanie materjałem nerwowym embrjonalnym zwierzęcia ssącego.



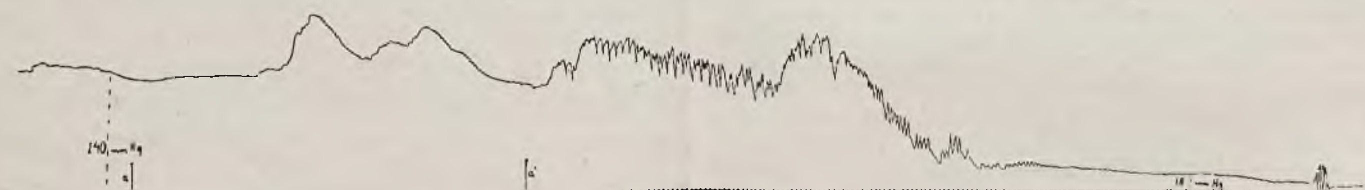
Krzywa Nr. 4.



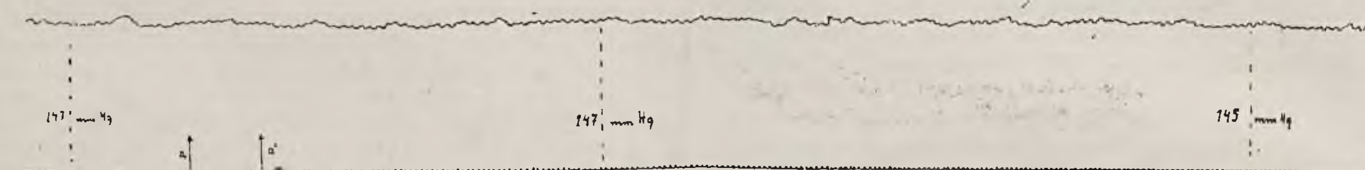
Krzywa Nr. 5.



Krzywa Nr. 8.



Krzywa Nr. 7.



Krzywa Nr. 9.

Jeżeli według Besredki, przez dostarczanie frakcjonowanego antigenu możemy przytłumić siłę wywoływanego wstrząsu, to naodwrót z moich doświadczeń powinnibyśmy wnosić, że przez wprowadzenie do ustroju, przy injekcji wywołującej, pełnowartościowego antigenu możemy siłę wstrząsu wzmocnić.

W poprzedniej, cytowanej powyżej pracy, wykazałem ogromną różnicę, między działaniem tkanki nerwowej embrjonalnej i tkanki nerwowej zwierzęcia dojrzałego przy wprowadzeniu dożylnem. Wobec tej różnicy i wobec powyższych faktów, możnaby materjał nerwowy embrjonalny uważać za antigen frakcjonowany, materjał zaś pochodzący ze zwierzęcia dojrzałego za pełnowartościowy. Jadowitość (własności anafilaktoidalne) tkanki nerwowej, jak wykazałem, rośnie w kierunku ontogenetycznie i filogenetycznie wstępującym, zatem wprowadzenie dożylne zwierzęciu jako dawki wywołującej antigenu pełnowartościowego, gdyż pochodzącego ze zwierzęcia dojrzałego, będzie pełnem wykorzystaniem możliwości wstrząsowych, rozwijających się w ustroju zwierzęcia przy uczulaniu materjałem frakcjonowanym, za jaki należy uważać materjał nerwowy embrjonalny.

Materjał nerwowy pochodzący z mózgu żaby (aż do ptaków włącznie) działa podobnie na zwierzę uczulane materjałem nerwowym embrjonalnym zwierzęcia ssącego, jak ten ostatni jako dawka wywołująca, to zn. powoduje tylko bardzo nieznaczne obniżenie ciśnienia krwi, (królik Nr. 4, i krzywa Nr. 4). Doświadczenie to potwierdza w zupełności wnioski poprzednie, w których przeprowadziliśmy paralelę między ontogenetycznym a filogenetycznym rozwojem jadowitości tkanki nerwowej.

Dziwnem jest jednak, że surowica neurotoksyczna nie wywołuje żadnych zmian klinicznych, mimo, że surowica taka jest dla systemu nerwowego swoiście toksyczną, gdyż wywołuje histologicznie i cytologicznie takie same zmiany lityczne w tkance nerwowej, jak wielokrotne wstrzykiwanie materjału nerwowego zwierzęcia dojrzałego. Stąd i trudność wytłumaczenia różnicy w działaniu wywołującem między surowicą neurotoksyczną, a emulsją z tkanki nerwowej.

Jeżeli chodzi o odpowiedź na pytanie, czy uczulanie materjałem nerwowym embrjonalnym jest swoiste, musimy odpowiedzieć negatywnie, nie tylko z tego względu, że jak widzieliśmy i materjał nerwowy psa w dawce subletalnej powoduje wynik śmiertelny przy dawce wywołującej, ale i surowica końska w większej ilości. Fakty z dziedziny porównawczej stwierdzające, że mózg embrjonalny różni się od mózgu dojrzałego zwierzęcia ssącego tego samego gatunku w tym samym stopniu, co i od innych gatunków zwierząt ssących dojrzałych również za tem przemawiają. Innemi słowy odczyny powstające po wstrzyknięciu wywołującem materjałem zwierzęcia ssącego dojrzałego u zwierzęcia przygotowanego materjałem nerwowym embrjonalnym tego samego gatunku, należy uważać za nieswoiste.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Józef FRITZ. Lwów.

Szczepienia przeciwgruźlicze metodą Calmetta.

(Obrady międzynarodowej Konferencji w Paryżu 15—19/X 1928).

Odnośnie do mej notatki z podróży pomieszczonej w P. G. L. 1928, Nr. 45, str. 836, dotyczącej szczepień ochronnych propagowanych przez Calmetta podaję wnioski posiedzeń przedłożone do aprobaty Sekcji Higjeny Ligi Narodów przez ekspertów wybranych dla zbadania przesłanek, na których opierają się twierdzenia Calmetta i oświadczenia się w sprawie skuteczności wymienionych szczepień.

Ekspertów zasiadło do obrad 18, 6 klinicystów, 6 bakterjologów i 6 weterynarzy. Obrady toczyły się w 3 komisjach, jednak postanowiono aby sekcje bakterjologów i weterynarzy odbyły razem posiedzenia w zagadnieniach dotyczących doświadczeń nad działaniem B. C. G. u zwierząt laboratoryjnych. Wszystkie trzy komisje przedłożyły podczas plenarnego posiedzenia przy zamknięciu zjazdu 19/X następujące rezolucje, które przyjęto.

Komisja bakterjologów (lekarze i weterynarze razem): 1) Jednomyślność bakterjologów obecnych w komisji upoważnia do stwierdzenia na podstawie doświadczeń faktu, że BCG jest szczepionką nieszkodliwą (Ascoli, Berger, Bordet, Cantacuzène, Frenkel, Gerlach, Kraus, Neufeld, Nowak, Remlinger, Tzeknowitzer, Vallée, Zeller). Nobel (klinicysta z Wiednia słuchany na swe żądanie) podtrzymuje jednak zdanie, iż w przypadkach wyjątkowych może BCG wywołać u zwierząt laboratoryjnych gruźlicę śmiertelną.

2) Całość doświadczeń opublikowana, odnosząca się do zwierząt laboratoryjnych stwierdza jasno, że BCG nie wywołuje gruźlicy postępującej (tuberculose évolutive).

Komisja klinicystów orzeka na podstawie źródeł, z któremi się zaznajomiła, że:

1) BCG podana noworodkom doustnie w pierwszych 10 dniach życia, zaś dzieciom starszym i dorosłym podskórnie nie wywołuje zmian gruźliczych (lésions tuberculeuses virulentes),

2) szczepienie BCG wywołuje pewien stopień odporności przeciw gruźlicy, jednakże dalsze badania szczepionych, rozciągające się na czas dłuższy, wykonywane w sposób jednolity, w szczególności zaś dokładniejsza znajomość „morbiditas i mortalitas" gruźlicy wśród jednostek różnego wieku i środowiska nieszczepionych i szczepionych są konieczne dla definitywnego ustalenia wartości szczepień (Leon Bernard, Heimbeck, Nobel, Ranzoni, Sayé, Schlossmann).

Komisja weterynarzy. Profilaktyka gruźlicy bydlęcej.

1) Z pełni faktów, zebranych na podstawie doświadczeń oraz z jednomyślności praktyków, którzy posługiwali się BCG przy szczepieniu bydląt wynika, iż szczepienie metodą Calmetta i Guérin u zwierząt (krów) jest zupełnie nieszkodliwe.

2) Te same doświadczenia oraz spostrzeżenia praktyków odnoszące się do działania BCG u bydląt świadczą w sposób pewny, iż ów szczep lasecznika gruźlicy posiada zdolność wywołującą uodpornienie w zakażeniu gruźliczem drogą doświadczalną i naturalną.

Własności uodparniające BCG upoważniają i zachęcają do stosowania BCG w profilaktyce gruźlicy bydlęcej (Ascoli, Berger, Frenkel, Gerlach, Kraus, Vallée, Zeller).

Powyższe wyniki obrad oraz program badań aprobowała Sekcja Higjeny Ligi Narodów w Genewie dnia 29. X. 1928.

OCENY.

Prof. F. Terrien: *Semiologie oculaire. Statistique et dynamique oculaires.* T. 4. Wydanie: Masson et Cie. Boulevard Saint Germain 120. Paris. Rok 1928. Cena 40 fr. Tom obejmuje 224 stronic i 100 rycin.

Poprzednio wydał autor trzy oddzielne tomy z semiologji ocznej:

1. *La calotte corneo - sclerale.* Str. 260. Ryc. 144 w r. 1923 cena 40 fr.

2. *Le diaphragme irido - ciliaire.* Str. 234. Ryc. 126 w r. 1924 cena 40 fr.

2. *Le crystallin.* Str. 244. Ryc. 158 w r. 1926 cena 40 fr.

Obecnie w r. 1928 ukazał się czwarty i ostatni tom p. t.: *„Statistique et dynamique oculaires"*, który uzupełnia wyczerpująco zakres wiedzy z tej dziedziny serją badań anatomicznych, fizjologicznych i terapeutycznych. Semjotyka jest gałęzią wiedzy z zakresu okulistyki słabo opanowaną przez specjalistów w ogólności, a ogólnikowo podawana w podręcznikach okulistycznych w formie nie bardzo przejrzystej budziła małe zainteresowanie i małe zrozumienie swej doniosłości. Autor chcąc dla wszystkich uprzystępnić tę gałąź wiedzy przedstawił ją nadzwyczaj dostępnie i przejrzyście ilustrując szeregiem rycin. Wychodząc z założenia że tylko gruntowna znajomość anatomji i fizjologji oka może uprzystępnić zrozumienie zaburzeń równowagi mięśniowej, podaje najpierw dokładny opis anatomji i fizjologji mięśni. Następnie rozwija przystępnie na tym podłożu stan utrzymania równowagi statycznej i dynamicznej (ortoforję) mięśni gałki ocznej, uwzględniając podstawy widzenia obuocznego i jednoocznego. Z kolejności przechodzi do omówienia zmian funkcyjnych w aparacie ruchowym gałki ocznej, ujawniających się w zezie utajonym i heteroforji najrozmaitszego rodzaju. Po przedstawieniu następnie objawów zeza jawnego, porażeń mięśni i drżenia gałek ocznych, poświęca ostatni dział przemieszczeniu gałki w postaci wytrzeszczu i zaniku *(exophtalmie et enophtalmie).*

Podręcznik jest ze wszech miar polecenia godny dla lekarza-okulisty, gdyż zapoznaje go nie tylko ze zmianami prawidłowemi i patologicznemi aparatu ruchowego oka, ale uwzględnia również najnowsze lecznictwo.

Dla zaznajomienia dokładniejszego z treścią podręcznika, pozwolę sobie przytoczyć rozdziały podręcznika:

I. Wiadomości anatomiczno - fizjologiczne: 1) Mięśnie oczne. 2) Czynność mięśni. 3) Unerwienie.

II. Równowaga statyczna i dynamiczna. Ortoforia: 1) Równowaga statyczna. 2) Równowaga dynamiczna. 3) Warunki równowagi dynamicznej.

III. Zaburzenia funkcyjne. (Zez utajony. Heteroforia): 1) W ogólności. 2) Heteroforia i jej odmiany. 3) Leczenie heteroforji.

IV. Zez utajony: 1) Widzenie zezującego. 2) Osłabienie bystrości zezującego. 3) Przyczyny i rozwój zeza. 4) Leczenie w ogólności. 5) Leczenie prostujące zeza rozbieżnego; zeza zbieżnego. 6) Ćwiczenia dopełniające. 7) Granice i możliwości leczenia prostującego. 8) Leczenie chirurgiczne.

V. Porażenie mięśni: 1) Ogólne symptomy. 2) Kliniczne postacie porażeń. 3) Rozpoznawanie umiejscowienia uszkodzenia. 4) Etjologja i leczenie porażeń.

VI. Drżenie gałek: 1) W ogólności. 2) Wygląd kliniczny. 3) Próby podziału.

VII. Zmiany położenia gałki ocznej: 1) Wysunięcie ku przodowi. 2) Wytrzeszcz. 3) Wytrzeszcz w ogólności. 4) Wytrzeszcz wskutek uszkodzenia ciągłości tkanek. 5) Skurczenie się gałki. Wytrzeszcz. 6) Wytrzeszcz samoistny. 7) Wytrzeszcz urazowy.

Naróg (Lwów).

A. Calmette: *La Prémunition ou Vaccination préventive des nouveau — nés contre la tuberculose. Statistique et résultats.* (Extrait du Bulletin de l'Institut Pasteur, Janvier, Juin 1928) str. 37 i 13.

W pracach tych zwraca się Calmette przeciw zarzutom, iż 1) Resorpcja BCG przez przewód pokarmowy noworodka jest wątpliwą (Odczyn Pirqueta występuje rzadko, Nobel), 2) Odporność przeciw gruźlicy jest związana z allergją tuberkulinową, 3) Prątek BCG odzyskuje wirulencję, S. A. Petroff, wreszcie 4) Statystyka szczepień Calmett'a jest błędna, Arvid Wallgren, Rosenfeld, Götzl. Ad 1) doświadczenia są zgodne ze stanowiskiem Calmetta, resorbcja tą drogą jest możliwa nawet u jednostek dojrzałych. 2) Odporność przeciw gruźlicy a uczulenie na tuberkulinę są „stanami zupełnie różnemi; należy wyodrębnić dwa stany: a) *„parasitisme cellulaire"* i b) *„lésion folliculaire"*; a) odpowiada uodpornieniu przez BCG, b) powoduje reakcję tuberkulinowa, związaną z istnieniem komórki gruźliczej *„cellule tuberculeuse"*, 3) badania powtórne nie potwierdzają rezultatów Petroffa, zresztą prawdopodobnie po 18—24 miesiącach według doświadczeń na zwierzętach następuje eliminacja BCG z ustroju. 4) Obserwacja od pierwszego we Francji zaszczepienia dziecka w lipcu 1921 oraz statystyka szczepień poza Francją, w Belgji, Holandji, Norwegji, Szwecji, Rosji, Rumunji, Bułgarji, Jugosławji, Grecji, Hiszpanji i Polsce jakoteż w Ameryce, Afryce przemawiają na korzyść zapatrywań Calmetta.

Józef Fritz (Lwów).

Adam Bednarski: *Historja okulistyki w Polsce w wieku XIII — XVIII.* Lwów, Archiwum Towarzystwa Naukowego III., tom 4, zeszyt 11 1928, str. 116. 8⁰ z 12 rycinami w tekście.

Autor znany z pracy Okulistyka ziołopisów polskich w XVI i na początku XVII w. podaje w książce obecnej dzieje okulistyki w Polsce w czasach, które jeszcze dotychczas bliżej zbadane nie były. Drobne tylko wzmianki poświęcili im Talko w swych

Materjałach do historji oftalmologji w Polsce i Hirschberg w Geschichte der Augenheilkunde. Z temi właśnie dziejami należało się wpierw zapoznać, by móc ocenić należycie późniejszy rozwój okulistyki w wieku XIX w Polsce. Omówiono więc kolejno znaczenie Optyki Witela i wiadomości z zakresu tej dziedziny w Antipocras i Experimenta Mikołaja z Polski, materjał okulistyczny zawarty w glossach i ziołopisach, początki polskiej nomenklatury okulistycznej, pierwsze wiadomości o anatomji oka u Andrzeja z Kobylina, Novicampiana, w Problematach Sakowicza, Theoremata de oculo Młodzianowskiego, podkreślono wpływ Włoch (Walenty z Lublina), uwzględniono patologję oka (Szymon z Łowicza), zanalizowano Jana Szamotuł Jonstona: Naukę sztuki lekarskiej praktycznej i literaturę kazuistyczną XVII w. Również i praktyce okulistycznej w Polsce poświęcono wiele wzmianek na podstawie badań archiwalnych, których trud podniesie z uznaniem fachowiec. Dowiadujemy się więc że w wieku XV. byli w Polsce okuliści np. 1422 lekarz Jan, może Jan de Sacchis Włoch, 1424 rektor Wydziału lekarskiego w Krakowie, że przybywali specjaliści z Niemiec (do Jana z Tarnowa na prośbę Jagiełły, Witołda) i Węgier (Marcin de Casschowia). W r. 1430 słyszymy o okulistach Mikołaju i Piotrze z Poznania. W wieku XVI, XVII i XVIII napływ obcych do Polski jest znaczny, pojawiają się również okuliści wędrowni wśród tych głośny ich król Jan Taylor oraz wielu szarlatanów. Wiek XVIII miał również okulistów polskich, którzy odbywali wędrówki w innych krajach słynąc ze swej sztuki. Zajął się też autor źródłami o stanie chorób oczu w Polsce, ślepocie i jej przyczynach, zaś w osobnych rozdziałach dał rzut oka na dzieje operacji katarakty i posługiwanie się okularami, których liczne reprodukcje ze zbiorów własnych załączono.

Źródłowa publikacja A. Bednarskiego (wartość jej jest podwójna, albowiem w tekście podano często nieznane źródła in extenso) stworzyła fundamenta dziejów tej dyscypliny lekarskiej w Polsce, każdy zaś pracownik na polu nauk historycznych oceni żmudną pracę u podstaw. Nowe materjały oczywiście znajdą się jeszcze z czasem lecz zarysy ich obecnie mamy *).

Józef Fritz (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wychowanie fizyczne, rok IX, zeszyt 12, z grudnia 1928: F. Fidziński: Górnicki o wychowaniu fizycznem w Polsce XVI w. (dok.). — W. Sikorski: Uwagi o stanie wychowania fizycznego w szkołach średnich ogólno-kształcących i seminarjach nauczycielskich. — St. Sedlaczek: Obozy harcerskie (dok.).

Położna, rok I, nr. 2, z grudnia 1928: Od redakcji. — Dr. Liebeskind: Kilka stron z historji położnictwa. — Dr. Niewola: O wymiarach miednicy i jej płaszczyznach i określenie do nich stosunku główki. — Dr. Steinberg: Co każda położna powinna wiedzieć o narkozie. — Dr. Reiss: Z zagadnień higjeny skóry.

Neurologja Polska, tom XI, zeszyt 2, z r. 1928: E. Flatau: O przewlekłem i rozlanem zapaleniu gruźliczem opon mózgowych. N. Zylberlast-Zandowa: Oliwki opuszkowe jako ośrodek zarządzający czynnością stania. — Towarzystwa lekarskie.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok III, zeszyt 12, z 1 grudnia 1928: Fr. Kałużyński: Wolny wybór lekarza. — M. Stawiński: O medycynie zapobiegawczej. — Z zagadnień prawnych (Wyrok Sądu Najwyższego — Ustawa o państwowej służbie cyw. niema zastosowania do urzędników Kas chorych). — J. Pieczynis: Nowy gmach państwowej Kasy chorych w Częstochowie. — F. Dziurzyński: Działalność funduszu bezrobocia, rok 1924—1927. — R. Garlicki: Ubezpieczenie samodzielnie zarobkujących w Czechosłowacji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 49, z 2 grudnia 1928: Ustawa farmaceutyczna w Sekcji farmaceutycznej Rady Zdrowia. Projekt rządowy Ustawy aptekarskiej przedstawiony Sekcji farmaceutycznej Państw. Nacz. Rady Zdrowia na posiedzeniu w dniu 28 listopada b. r. — Sprawy zawodowe.

Zdrowie, rok XLIII, nr. 11, za listopad 1928: Dąbrowski: Odezwa. — Od redakcji. — Kacprzak: Nasze najważniejsze zagadnienia epidemjologiczne. — E. Piasecki: Metody nowoskandynawskie w wychowaniu fizycznem. — XIV Międzynarodowy Kongres przeciwalkoholowy w Antwerpji.

Lekarz Polski, rok IV, nr. 12, z grudnia 1928: A. Sianowski: O procedurze sądowej w Izbach lekarskich niemieckich. — E. Finger: Choroby weneryczne i ich znaczenie eugeniczne (c. d.). — J. Sęczyc: Obecna faza krytyki zasad ustawy przeciwwenerycznej w zestawieniu z wywodami prof. Fingera. — W. Przywieczerski, W. Rakiewicz i R. Sikorski: Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce. — Medycyna społeczna zagranicą.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 42, z 6 grudnia 1928: A. Landau i J. Glass: O niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty pochodzenia wsierdziowego i naczyniowego (choroba Corrigana i Hodgsona). Studjum kliniczne (dok.). — Z. Kołodziejska i A. Lejwa: O witaminie C w szpinaku. — J. Tencer: O rzadszych postaciach zapalenia gardła (angina lymphatica et agranulocytolitica) (Streszcz. zbior.). — G. Lewin: Rola czynnika rasowego w większej odporności żydów względem gruźlicy (dok.). — W. Czarnocki: Życiorys i działalność naukowa ś. p. Tadeusza Browicza. — Z. Bychowski: G. J. Rossolimo.

Nowiny lekarskie, rok XL, zesz. 23, z 1 grudnia 1928: P. Gantkowski: Przemówienie nad trumną ś. p. Stanisława Łazarewicza. — E. Piasecka-Zeylandowa: O wpływie ustroju zwierzęcego na pratki BCG. — W. Łapa: Mikrooznaczenie glukozy i ciał redukcyjnych we krwi metodą bezpośrednią i różnicową. — A. Laskiewicz: Trzy przypadki ciał obcych w lewem oskrzelu u dzieci. — J. Zaroski: O zadaniach i ustroju samorządowej służby zdrowia.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 50, z 9 grudnia 1928: J. Trzebiński: Rdza miętowa i sposoby jej zwalczania. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok X, tom VII, nr. 100 z listopada 1928: W dziesiątą rocznicę Odrodzenia Najjaśniejszej Rzeczypospolitej. — K. Millak: Rys historyczny wojskowej służby weterynaryjnej 1918—1928. — K. Millak: Lekarze weterynaryjni Francuzi w wojsku polskiem 1918—1928. — K. Millak: Lekarze weterynaryjni polegli za Ojczyznę 1914—1920. — J. Kiszkiel: Zarys rozwoju służby weterynaryjnej w Polsce w ciągu ostatniego dziesięciolecia. — A. Mackiewicz: Rzut oka na dziesięciolecie stołecznej organizacji weterynaryjnej. — Z. Markowski: Akademja Medycyny Wet. we Lwowie w dziesięcioleciu Odrodzonego Państwa. — Z. Szymanowski: Rozwój Warszawskiej Uczelni Weterynaryjnej w ciągu ostatnich lat dziesięciu. — S. Runge: Rys rozwoju Zakładu Weterynarji Rolniczej Uniw. Poznańskiego. — L. Dobrzański: Katedra Anatomji zwierząt i weterynarji Szkoły Gł. gospodarstwa wiejskiego. K. Millak: Rozwój polskiej prasy weterynaryjnej 1918—1928. J. Szabłowski: 100-tny numer Wiadomości Weterynaryjnych. M. Łabędź: Rys rozwoju weterynaryjnego ruchu społeczno-zawodowego w Polsce 1918—1928.

---

*) Do źródeł autora pozwolę sobie dorzucić kilka nowych o leczeniu chorób oczu w Polsce i dziejach okularów. D. Stephani Primi Polonorum Regis... Sanitas, Vita medica etc. a Simone Simonio Med. doct. Nyssae 1587 fol. 18-a zaznacza, iż Bucella posługiwał się podczas sekcji króla Stefana i demonstracji narządów zmienionych okularami: „Bucella specillis nasoe aptatis, exempta extensaque viscera... singula tractans", zaś wspólnie Simonius i Bucella lekarze nadworni Batorego leczyli na oczy Zaleskiego skarbnika nadwornego, Bucella odstąpił leczenie Simoniuszowi, który obiecywał, potione salsae et guaiaci wzrok naprawić, lecz bezskutecznie. (N. Bucellae: Confutatio responsi S. Simonii Lucensis. Cracoviae 1588 str. 129). Simoniusz naodwrót zarzuca Bucelli, że w ciągu godziny pozbawił wzroku tegoż Zaleskiego (Responsum ad Refutationem etc. authore S. Simonio etc.) i oślepił służącego Jana Bornamissy Węgra, (oculorum pterigio laborantem, quem tu tamen hypochysim putabas ijsdem intempestine ac temere a te institutis catharticis aucto malo prorsus occaecasti). W sprawie autorstwa Lekarstw doświadczalnych zebranych przez nieznanego nazwiska lekarza domowego pana Jan Pileckiego, które złączono z nazwiskiem Marcina Siennika por. Bednarski str. 18 i 22 należy uwzględnić wywody L. Bernackiego: Pierwsza książka polska, Lwów 1918 str. 392, z których wynika, że autorem tychże był Biernat z Lublina, zob. jednak Chrzanowskiego wstęp do wydania Ezopa (Bibl. pis. pols. nr. 55).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Slovansky Sbornik Ortopedicky.

Rok III/3. 1928.

G r o s p i ć: *Przypadek osteomalatiae juvenitis.* Opis przypadku przypominającego późną krzywicę. Różnice są natury drugorzędnej i pochodzą z różnicy wieku chorego. Wszelkie próby leczenia były bez efektu.

D e l i ć: *Zaburzenia w stopie spowodowane elementami dodatkowemi.* Opis 4 przypadków dodatkowych kości w stopie z uwzględnieniem rozpoznania różniczkowego i postaci spotykanych (w os trigonum, os tibiale externum, calcaneus secundarius, sesamum peroneum etc.). O ile istnieją zaburzenia czynnościowe w stopie należy leczyć operacyjnie.

Z a h r a d n i c k y: *Gruźlica urazowa.* Na podstawie rozległego piśmiennictwa i doświadczeń własnych autor dochodzi do następujących wniosków: Przyczynowy związek między urazem, a gruźlicą kostną i stawową można przyjąć tylko pod warunkiem:

1) jeżeli świadkowie stwierdzą istnienie urazu, który mógł dzięki swojej ciężkości lub naturze uszkodzić kość lub staw.

2) Zmiany wywołane przez uraz powinny być stwierdzone bezpośrednio po urazie,

3) rozwój cierpienia powinien być typowy t. j. przechodzić przez znane, trzy okresy. Trzeba jednak pamiętać, że te okresy nie zawsze są wyraźne zwłaszcza drugiego może być brak.

Ważną jest również ocena stanu ogólnego chorego przed urazem i po wyleczeniu.

O ile uraz spowodował zaostrzenie się sprawy swoistej, zaostrzenie powinno być widoczne w kilka dni po urazie.

M i n a r: *Wskazania do leczenia operacyjnego wzgl. paljatywnego nawykowych zwichnięć barku.* Po przytoczeniu znanych sposobów operacji zwichnięć nawykowych barku, autor przytacza dwa własne przypadki, w jednym nawrot po 7 latach po wykonaniu zmarszczenia torebki (Thomas), w drugim bezpośredni wynik dobry po operacji Spitzy'ego. Paljatywnie leczy chorych, słabych, epileptyków. Pozatem operuje.

Gruca (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1927, XLV/6.

S. H a n d l e y: *Używanie radu przy raku piersi.* W ostatnich czterech latach wykonał autor 77 zabiegów z powodu raka sutka. Tylko 20 chorych nie miało zajętych gruczołów pachowych, w tych 16-tu żyje 3—6 lat po zabiegu, 1 zmarł 3 lata później, z powodu zapalenia płuc, 1 z nieznanej przyczyny, 1 w następstwie zabiegu.

Autor ma 85% pomyślnych wyników późnych.

W 24 przypadkach, w których były zajęte gruczoły pachowe tylko 3 przeżyło 3—6 lat. I w tej grupie polepszyły się w ostatnich latach wyniki, ponieważ stosuje profilaktycznie rad (zamiast 2 : 3 na 4 : 5).

Miejsca w których wprowadza rurki z radem są następujące:

1) tuż ponad pierwszem żebrem, przyśrodkowo od żyły podobojczykowej tj. w miejscu przebiegu końcowej gałęzi głównego przewodu chłonnego. Zapobiega się w ten sposób nawrotowi ponad obojczykiem,

2) w 1, 2, 3-ciej przestrzeni międzyżebrowej, tuż przy brzegu mostka tj. w miejscu, w którem biegnie pień chłonny, towarzyszący t. sutkowej wewn.

Przypadki, w których autor nie stosował radu, zgłaszały się wcześnie, z powodu nawrotu w wspomnianych miejscach.

Zabieg celem usunięcia tych nawrotów jest możliwy, jednak jest bardzo cieżki i trudny, natomiast leczenie za pomocą radu jest zupełnie łatwe. Należy jedynie uważać by nie zrobić odmy opłucnowej.

J. Mc. F a r l a n d: *Gruczolakowłókniaki i włókniakogruczolaki sutka.*

W. P e n f i e l d: *Przewlekle, pourazowe bóle głowy i ich leczenie za pomoca wprowadzenia powietrza doledźwiowo. Encefalografja.*

W. C r a i g: *Złośliwe, śródczaszkowe śródbłoniaki.* Wspomniane w tytule śródbłoniaki nie zawsze są dobrotliwe. Pewna ich odsetka wykazuje złośliwe bujanie. Autor rozróżnia cztery stopnie ich złośliwości. Z punktu widzenia chirurgicznego dają się one usunąć zupełnie o ile naciek nie zajmuje tkanki otaczającej. W tych przypadkach można uzyskać zupełne wyleczenie. Jeśli zaś przebijają swą torebkę — usunięcie ich jest trudniejsze. wobec czego następuje zwykle nawrót w czasie zależnym od stopnia złośliwości.

J. B u c h b i n d e r: *Zapobieganie zrostom otrzewnowym.* Badania swe prowadzi autor w ten sposób, że wprowadza do jamy brzusznej sączek gumowy a po zamknięciu jamy brzusznej podaje roztwór cukru trzcinowego.

Wyniki jego badań dają się streścić następująco:

1) hipertoniczny roztwór cukru trzc. podany śródotrzewnowo powoduje tworzenie się przesięku,

2) jeśli ilość takiego przesięku jest dostateczna to można zapobiec tworzeniu się włóknika,

3) w tenże sposób można zapobiegać zrostom po sączkowaniu jamy brzusznej, jakoteż zrostom pętli jelitowych.

M e l e n e y: *Zakażenie rany a catgut.*

A. W e d d: *Objawy brzuszne w schorzeniach serca.*

J. W e i n b e r g: *Zespolenie żołądka z pęcherzykiem żółciowym.*

I. S t e i n: *Ciąża jajnikowa.*

Chirurgja kliniczna.

C. Bachmann: Kleszcze położnicze Bartona.

R. Coffey: Wszczepienie moczowodu do kiszki.

L. Drexler: Leczenie guzów pęcherza za pomocą chemokoagulacji.

E. Highsmith: Nowy sposób pokrywania ubytków.

G. Pierce: Rekonstrukcja kciuka.

H. Thoms: Oznaczanie wymiarów miednicy za pomocą promieni Rentgena.

E. Traut: Nowotwory glandulae caroticae.

A. Bunts: Przedoperacyjne postępowanie u chorych z nadtarczycznością.

F. Irving: Problem łożyska przodującego.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo hiszpańskie.

La medicina Ibera.

1928, Nr. 560.

P e d r o C i f u e n t e s: *Moje doświadczenia w wycinaniu sterczu.* Dzięki postępom w technice chirurgicznej znacznie zmniejszyło się ryzyko niebezpiecznej dotychczas operacji wycinania gruczołu krokowego, a śmiertelność zmniejszyła się szczególnie dzięki odpowiedniemu tamponowaniu. Autor oblicza śmiertelność bez tamponowania na 26%, a z tamponowaniem na 7%.

Najważniejszemi powikłaniami, występującemi w ciągu lub w następstwie operacji są krwotoki i mocznica, których można unikać. C. wspomina o 12 obserwowanych chorych, których nie tamponowano. U kilku z nich śmierć nastąpiła wskutek ujścia krwi, innych zdołano uratować po przebyciu niebezpiecznego okresu niedokrwistości dzięki zatamowaniu krwi za pomocą tamponów.

Do tamponowania S. używa paski gazy zmoczone coagulenem. Na 6 dni przed operacją chory otrzymuje przetwory wapniowe. Podług autora lepiej jest tamponować, aniżeli operować podług metody Thompson-Walkera, polegającej na otwarciu pęcherza, a następnie usunięciu gruczolaka i dokonaniu korektury gruczołu krokowego. Autor przy operacji naczynia zaopatrywał w podwiązki.

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv für Gynäkologie.

Tom 130, z. 2.

H. D e h l e r: *Ginekologiczny rak rentgenowski. (Das gynäkologische Röntgencarcinom).* Rak rentgenowski, ginekologiczny nie istnieje; to znaczy, że nie znany jest przypadek nowotworu złośliwego narządu rodnego, który bezsprzecznie pozostawałby w związku przyczynowym z naświetlaniami rentgenowskiemi, zastosowanemi w celu leczenia cierpienia narządu rodnego natury dobrotliwej. Krytyczna ocena wszelkich bliższych okoliczności wyklucza również teoretyczną możliwość podobnej ewentualności. Dotychczas wogóle nie opisano żadnego przypadku, w którymby wskutek naświetlań rentgenowskich rozwinął się nowotwór złośliwy w jakimś narządzie wewnętrznym bez uszkodzenia skóry. Piśmiennictwo notuje 79 przypadków, w których w pewien czas po naświetlaniu, zastosowanem w celu leczenia cierpienia ginekologicznego, stwierdzono raka narządu rodnego. W szczególności są to przypadki następujące:

a) 3 przypadki raka skóry powłok brzusznych.

Są to przypadki typowego raka skórnego, powstałego na tle uszkodzenia skóry promieniami, których nie można uważać za raki ginekologiczne.

b) 2 przypadki raka sromu.

W obu przypadkach stosowano naświetlanie z powodu świądu sromu, które to cierpienie samo przez się usposabia do powstawania raka.

c) 2 przypadki raka sutka.

W jednym przypadku były to przerzuty raka obu rąk; w drugim przypadku rozwinął się rak na tle gruźlicy.

d) 10 przypadków guzów jajnika i

e) 62 przypadki raka macicy.

W stosowaniu dawki janikowej brak jest warunków techniczno-fizykalnych jakoteż koniecznego odczynu ze strony jajnika i macicy któryby mógł wywołać proces nowotworowy złośliwy. Prawie w połowie przypadków sprawa złośliwa istniała w jajnikach i macicy już przed naświetlaniem, lecz jej nie rozpoznano.

4. Złośliwe nowotwory narządu rodnego, jako następstwo dawki kastracyjnej promieni, należą do wielkiej rzadkości. Materjał kliniki w Erlangen wykazuje, że na 2310 naświetlań dawką kastracyjną spostrzegano 2 przypadki raka macicy (0.09%); w szczególności tylko w jednym przypadku (0,04%) rozwinął się rak macicy dopiero po naświetlaniu.

5. Ogólne działanie promieni na cały ustrój nie zwiększa usposobienia ustroju do raka, raczej rzecz ma się przeciwnie tj., że naświetlanie zwiększa odporność organizmu na zachorowanie na raka.

6. Każdy przypadek raka powstały u kobiety nie miesiączkującej z powodu naświetlania, winien być ogłaszany z najdrobniejszemi szczegółami, gdyż tylko na podstawie dużej statystyki możliwe jest bliższe poznanie tej sprawy.

7. Z małemi wyjątkami jest naświetlanie jedynym środkiem leczącym krwawienia pochodzenia jajnikowego.

8. W każdym przypadku, w którym ma się stosować naświetlanie dawkę jajnikową, należy koniecznie wykonać wyskrobanie macicy a nawet próbne wycięcie z części pochwowej, aby móc wykluczyć z możliwie największą pewnością istnienie sprawy złośliwej. W przypadkach wątpliwych należy zamiast dawki jajnikowej zaaplikować dawkę rakową.

9. Utrzymywanie się krwawień macicznych po naświetlaniu albo ponowne ich wystąpienie w jakiś czas po naświetlaniu wzbudza podejrzenie na sprawę rakową.

Mahnert: *Wpływ rozwoju raka na czynność jajnika białej myszy.* Wpływ rozwijającego się raka na czynność jajników oceniał autor na podstawie okresowych zmian błony śluzowej pochwy sposobem Zondeka i Aschheima, jakoteż zmian histologicznych samego jajnika. Z badań tych wynika, że wpływ ten z początku jest pobudzający i uwidacznia się przedwczesnem wystąpieniem i przedłużeniem pobudzenia płciowego, w jajniku zaś nadmiernem dojrzewaniem pęcherzyków. W następnym okresie działania wpływ ten jest wprost przeciwny i cechuje się przedłużeniem okresu międzymiesiączkowego a w jajniku stwierdzić wówczas można znaczną ilość pęcherzyków niedojrzałych i prawie zupełny brak pęcherzyków dojrzałych jakoteż ciałka żółtego. To działanie komórek rakowych na czynność jajnika tłumaczy autor jako działanie ciała obcego, posiadającego pewien właściwy składnik. Dopóki organizm ma dosyć sił, aby działanie to niweczyć, nie widzimy poważniejszych zaburzeń czynności ani uszkodzeń jajnika. Z chwilą, gdy organizmowi sił tych zabraknie, uwidacznia się wpływ komórek rakowych i produktów ich rozkładu i wtedy występują wspomniane zaburzenia czynnościowe i zmiany anatomiczne w jajniku. Zmiany te zdaniem autora powstają pod wpływem działania ilości ciał białkowych i kwasów tłuszczowych, które wytwarzają się w dużej ilości wskutek przedostania się do organizmu tkanki rakowej.

Fürst: *Dzisiejszy stan sprawy naświetlania w leczeniu raka szyi macicy.* Z odpowiedzi 36 klinik niemieckich, nadesłanych na żądanie autora wynika, że tylko w 6 klinikach stosuje się wyłącznie naświetlania w leczeniu raka macicy. Kliniki te stosują tak naświetlania rentgenowskie jakoteż i radem. Autor zwraca uwagę, że wynik naświetlania zależy w dużym stopniu nie tylko od pewnych czynników biologicznych, ale i od opanowania techniki naświetlania. Jako dawkę leczniczą promieni uważa taką najwyższą dawkę, którą można zaaplikować chorej bez wywołania uszkodzeń miejscowych lub ogólnych. Udoskonalenie i opanowanie techniki nie zawsze daje wgląd należyty w stosunki biologiczne. Nie odpowiada rzeczywistości zapatrywanie, że zdwojenie obciążenia rury rentgenowskiej przy tem samem napięciu powoduje dwa razy tak silne działanie biologiczne.

Autor omawia następnie wyniki leczenia raka macicy na klinice w Zurychu. Zasadniczo klinika ta operuje. Z obawy przed technicznemi trudnościami w czasie operacji nie stosuje również naświetlania radem przed operacją. Natomiast stosuje naświetlanie Roentgenem i to 6 tygodni przed operacją. Naświetlania te powodują oczyszczenie się owrzodzenia nowotworowego. Jeżeli badanie drobnowidowe stwierdzi, że operowano w tkance zdrowej to następowo stosuje się naświetlania tylko w przypadkach nawrotu. W razie stwierdzenia, że operowano w tkance chorobowo zmienionej, stosuje się zawsze naświetlania zaraz po operacji. Z uwagi na możność powstania przerzutów nie podziela autor zapatrywania Thiesa, aby zostawiać przy operacji jajniki.

W przypadkach leczonych samemi naświetlaniami radzi stosować najpierw naświetlania rentgenowskie a następnie dopiero radem. Pod wpływem promieni Roentgena bowiem zmniejsza się guz nowotworowy, na który później promienie radu działają tem skuteczniej.

W końcu wypowiada autor zapatrywanie, że żaden z dotychczasowych sposobów leczenia raka macicy tj. operacja i naświetlanie nie zdobył sobie dotychczas prawa obywatelstwa.

Żaden bowiem z tych sposobów nie dostarczył dotąd przekonywujących dowodów, jakoby drugi sposób uważać należało za błąd w sztuce.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Sprawozdanie doroczne z działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie za rok 1927—1928.

Stowarzyszenie Lekarzy Polaków w Wilnie i na prowincji założone w roku 1918 liczy obecnie 125 członków.

W roku sprawozdawczym Stowarzyszenie utraciło 3-ch członków: ś. p. Dr. Bernarda Hłasko, ś. p. Dr. Jana Michniewicza i ś. p. Dr. Ludwika Czarkowskiego, długoletniego prezesa Stow.

Przybyło 3-ch nowych członków: Dr. Rudolf Kozłowski, Prof. Dr. Stanisław Trzebiński i Dr. Helena Borowska.

Zebrań zwyczajnych odbyto 6, nadzwyczajnych 1.

Zebrania odbywały się w lokalu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego (Zamkowa 24).

Na zebraniach wygłoszono następujące odczyty:

1) Dr. Czarnecki: Wrażenia z podróży do Francji.

2) Dr. Kosiński: Wyniki badań antropologicznych nad czaszką i kośćmi Juljusza Słowackiego.

3) Dr. Czarkowski: O błędach djagnostycznych.

4) Dr. Rudziński: O kasach emerytalnych.

5) Dr. Doc. Safarewicz: O akcji sanitarnej na terenie Województwa.

6) Dr. Bohuszewicz: Ewakuacja rannych i chorych, a zwycięstwo.

Delegaci Stowarzyszenia brali stały udział w pracy poszczególnych komisji Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej.

Interwenjowano u Władz wojskowych w sprawie zezwolenia lekarzom wojskowym na wstępowanie do Stowarzyszenia.

W sprawach zawodowych interwenjowano w Związku Lekarzy Państwa Polskiego z powodu ogłoszenia przez Wojewódzki Wydział Zdrowia Publicznego konkursu na stanowiska pracujących tam uprzednio 8-miu lekarzy.

W porozumieniu z Kołem Medyków U. S. B. postanowiono utworzyć Biuro Pracy dla medyków i młodych lekarzy, aby zachować placówki na prowincji dla lekarzy polaków, oraz wykorzystać zawiadomienia o posadach napływające do Zarządu Stowarzyszenia. Dotychczas funkcje Biura Pracy pełniła w myśl statutu Rada Stowarzyszenia.

Z powodu śmierci członka założyciela Stow. ś. p. Dr. Michniewicza delegowano z ramienia Stowarzyszenia Dr. Zawadzkiego i Dr. Załuską do komitetu mającego na celu utworzenie stałej zapomogi dla córki ś. p. Dr. Michniewicza do czasu ukończenia przez nią studjów.

W związku z omawianą często sprawą dalszego istnienia Stowarzyszenia postanowiono nawiązać pertraktacje z jednym z klubów wileńskich celem uzyskania lokalu klubowego dla zebrań Stow., co dałoby możność zbliżenia członków Stow. na gruncie towarzyskim.

Wybrano na członka honorowego Stowarzyszenia Dr. Stanisława Gracjana Peszyńskiego z okazji 50-lecia jego pracy lekarskiej.

W końcu roku sprawozdawczego Stow. poniosło ciężką stratę, zmarł długoletni prezes Stowarzyszenia oraz znany w Wilnie działacz społeczny ś. p. Dr. Ludwik Czarkowski. Jeszcze za życia ś. p. Dr. Czarkowskiego Zarząd Stowarzyszenia postanowił wybrać go na honorowego prezesa, jednakże szybki przebieg choroby zmarłego uniemożliwił zwołanie Walnego Zebrania, któreby tą decyzję zaakceptowało.

Pragnąc uczcić pamięć ś. p. Dr. L. Czarkowskiego i jego zasługi na polu pracy społecznej i lekarskiej, Stowarzyszenie wy-

asygnowało 500 złotych na pomnik ś. p. Dr. L. Czarkowskiego, oraz przystąpiło do utworzonego Komitetu z delegatów licznych organizacji społecznych, w których pracował ś. p. Dr. Czarkowski w celu uzyskania większych funduszów na budowę pomnika.

Prócz tego uchwalono stałą zapomogę dla wdowy po ś. p. Dr. Czarkowskim w wysokości 50 złotych miesięcznie, oraz zdecydowano zorganizować uroczystą akademję ku czci zmarłego łącznie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk, Związkiem Bibljotekarzy i Towarzystwem Lekarskim.

Wobec tego, że w roku bieżącym upłynęło 10 lat od założenia Stowarzyszenia uchwalono zorganizować uroczyste posiedzenie, na które polecono Dr. Bądzyńskiemu opracować historję Stowarzyszenia.

Sprawozdanie Kasowe: I Kasa Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie: Przychód: 1) Pozostałość z roku ubiegłego złotych 96.55, 2) Wpłynęło ze składek członkowskich zł 560.45, Razem zł 657. — Rozchód: 1) wydatki kancelaryjne zł 57.20, 2) powiadomienia o zebraniach zł 80.15, 3) ofiara na rzecz Polsk. Czerw. Krzyża zł 50, 4) ogłoszenia o śmierci 4-ch członków Stow. i wieniec zł 278.10, 5) koszta wynajęcia lokalu na zebrania Stow. zł 30, razem zł 495.45. Saldo na 16 listopada 1928 r. zł 161.55, w przychodzie.

II Kasa wsparcia dla lekarzy i ich rodzin: Przychód: 1) Pozostałość z roku ubiegłego zł 1490.25, 2) Wpływy: a) ze składek członkowskich zł 1041.25, b) ze zwrotu pożyczek zł 1000, c) z jednorazowych ofiar zł 10, d) z procentów od funduszów zł 31.20, razem zł 3572.65. — Rozchód: 1) Zapomoga wdowie po lekarzu członku Stowarzyszenia zł 600, 2) Pożyczki członkom Stow. zł 650, razem zł 1250. Saldo na 16 listopada 1928 r.: a) w gotówce zł 2322.65, b) zobowiązania 4-ch członków do zwrotu pożyczek zł 700, c) 10 obligacyj Serji II Premjowej pożyczki dolarowej, d) 3 obligacje 5% Państw. Pożyczki Konwersyjnej po 10 zł każda.

III Kasa zapomogowa Medyków Polaków U. S. B. Przychód: 1) Pozostało z roku ubiegłego zł 47.50, 2) Wpłynęło ze składek członkowskich zł 520, razem zł 567. 50. Suma ta całkowicie została przekazana skarbnikowi Kasy Zapomogowej Medyk. Pol. Stud. U. S. B.

Prezes: *Dr. Leon Klott,* I Sekretarz: *Dr. Zofja Tyszkówna.*

LISTY DO REDAKCJI.

Do JWPana Redaktora „Polskiej Gazety Lekarskiej" we Lwowie.

Komitet Organizacyjny Zjazdu Lekarzy Kresowych w roku bieżącym w Łucku uprzejmie prosi o pomieszczenie w najbliższym numerze Pańskiego poczytnego pisma następującego sprostowania: W sprawozdaniu ze Zjazdu wśród osób i instytucyj, które nadesłały gratulacje Zjazdowi, został pominięty Dr. Bączkiewicz, Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, — co niniejszem prostujemy.

Sekretarz Zjazdu: *Dr. L. Radwański.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo popierania badań mózgu. W dniu 19 listopada o godzinie 9-tej wieczorem w lokalu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnetrznych odbyło się inauguracyjne posiedzenie członków-założycieli Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu w składzie następującym: Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, który jednocześnie reprezentował na posiedzeniu niemogących wziąć udziału w posiedzeniu z przyczyn służbowych: Pana Ministra Spraw Wewnętrznych dra Felicjana Sławoj-Składkowskiego i Dyrektora Departamentu dra Eugenjusza Piestrzyńskiego; dr. Witold Przywieczerski, naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrowisk; dr. Witold Łuniewski, dyrektor Państwowego Zakładu Psychjatrycznego w Tworkach; dr. Witold Chodźko, b. Minister Zdrowia Publicznego i dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny; prof. Jan Mazurkiewicz, dyrektor kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, prof. Kazimierz Orzechowski, dyrektor kliniki neurologicznej Uniwersytetu Warszawskiego; prof. Mieczysław Konopacki, dyrektor Zakładu Histologicznego Uniwersytetu Warszawskiego, i dr. Maksymiljan Rose, kierownik oddziału cytoarchitektonicznego Instytutu Badania w Berlinie.

Po zagajeniu posiedzenia przez dr. Adamskiego na przewodniczącego został wybrany przez aklamację prof. Mazurkiewicz.

Na wniosek przewodniczącego został przyjęty następujący porządek dzienny posiedzenia inauguracyjnego:

1. Odczytanie statutu Towarzystwa, zarejestrowanego w dniu 17 listopada przez Komisarza Rządu m. st. Warszawy, p. n. „Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu".
2. Wybór władz Towarzystwa: zarządu i komisji rewizyjnej.
3. Program działalności Towarzystwa na najbliższą przyszłość.

Na pierwszy okres trzylecia do zarządu zostali powołani: prof. Mazurkiewicz, prof. Orzechowski, prof. Konopacki, dr. Adamski, dr. Chodźko i dr. Łuniewski. Do Komisji Rewizyjnej: dr. Piestrzyński, dr. Przywieczerski i doc. dr. Pieńkowski.

Wychodząc z założenia, że celem Towarzystwa jest popieranie badań naukowych mózgu, a w szczególności badań budowy mózgu i jego czynności, przyczyn chorób nerwowych i psychicznych oraz sposobów zapobiegania i leczenia tych chorób (§ 2 statutu), a dla zrealizowania wymienionych zadań Towarzystwo winno w myśl statutu założyć i utrzymywać „Polski Instytut Badań Mózgu", którego celem będzie prowadzenie naukowych prac badawczych i doświadczalnych w zakresie działalności Towarzystwa, wydawanie drukiem prac naukowych oraz urządzanie odczytów i zebrań dyskusyjnych z tej dziedziny nauki (§ 3 statutu). Zebrani członkowie-założyciele powierzyli wybranemu zarządowi opracowanie regulaminu szczegółowego, określającego zakres działania Instytutu.

Na tem inauguracyjne posiedzenie Towarzystwa zostało zamknięte.

Kurs dla kontrolerów sanitarnych. Dnia 11 lutego 1929 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny II-gi 4-ro miesięczny kurs dla kontrolerów sanitarnych.

Zadaniem kursu będzie wyszkolenie w wykonywaniu inspekcji otoczenia (t. zn. ustępów, studni, podwórzy, domów, mieszkań itp.), wykonywaniu nadzoru nad produktami spożywczymi, pobieraniu prób do analizy wody, produktów spożywczych itp., wykonywaniu dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji itp.

Kurs ma mieć charakter wybitnie praktyczny, większa część czasu będzie użyta na zajęcia laboratoryjne, ćwiczenia na terenie, dokonywanie inspekcji, zwiedzanie instytucji i urzędów sanitarnych itp.

Kandydaci na kurs winni posiadać świadectwo z ukończenia 4 klas gimnazjalnych, lub conajmniej 7-miu oddziałów szkoły powszechnej. Pierwszeństwo będą miały osoby już pracujące w urzędach sanitarnych państwowych lub samorządowych na stanowiskach dozorców lub kontrolerów sanitarnych, dezynfektorów lub kontrolerów targowych itp.

Urzędy sanitarne, zainteresowane w odpowiednim wyszkoleniu kontrolerów sanitarnych, mogą delegować na kurs swych funkcjonarjuszy, w drodze udzielenia im płatnego urlopu lub przez udzielenie stypendjum dla kandydatów na te stanowiska.

Opłata za cały kurs wynosi 50 zł.

Słuchacze w czasie pobytu na kursie w Warszawie mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higjeny.

Zgłoszenia na kurs z załączeniem własnoręcznie napisanego życiorysu, oraz odpisów świadectw szkolnych, względnie zaświadczeń z poprzedniej pracy, należy nadsyłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higjeny (Warszawa, Chocimska 24) do dnia 10 stycznia 1929 r.

Państwowa Szkoła Higjeny. W tych dniach odbyła się w Państwowej Szkole Higjeny uroczystość zamknięcia 5-cio tygodniowego kursu wychowania fizycznego dla lekarzy, zorganizowanego przy pomocy Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego.

Na kurs uczęszczało 42 lekarzy, w tem 13 lekarek. Lekarzy wojskowych brało udział 12, lekarzy szkolnych 9.

Zamknięcia kursu dokonał Dyrektor Państwowej Szkoły Higjeny, Dr. W. Chodźko, poczem przemawiał Płk. Ulrych, Dyrektor Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego. W imieniu słuchaczów dziękowali organizatorom i wykładowcom kursu p. Dr. Raciążek i Ppłk. Dr. Kawiński. Po zamknięciu odbyło się zebranie towarzyskie.

Polski Komitet walki z reumatyzmem. Dnia 8-go grudnia b. r. odbyło się w Państwowym Instytucie Higjeny, pod przewodnictwem b. Ministra Dra Witolda Chodźki, posiedzenie Plenarne Polskiego Komitetu Walki z Reumatyzmem, w którem prócz członków miejscowych wzięli udział: P. Senator Prof. Dr. Mierzejewski z Poznania oraz P. Prof. Dr. Korczyński z Krakowa.

Zgodnie z porządkiem dziennym przedłożył projekt prac Komitetu na rok 1929 Dr. Kłuszyński, Lekarz Nacz. Ogólno Państw. Kas Chor., przyczem w projekcie omówione zostały następujące punkty:

I. Komitet ma za zadanie podjęcie inicjatywy do badań naukowych na polu walki z reumatyzmem według uznanych przez Międzynarodową Ligę Przeciwreumatyczną zasad uwzględniających właściwości każdego kraju, klimatu i ludności.

II. Projektodawca przedkłada formularz historji choroby, ustalony przez Międzynarodową Ligę Przeciwreumatyczną.

III. Ujednostajnienie mianownictwa reumatyzmu, choćby miało ono mieć tylko charakter tymczasowy.

IV. Projekt statystycznego ujęcia chorób reumatycznych z uwzględnieniem płci, wieku, przeciętnego czasu trwania choroby, ilości dni niezdolności do pracy i t. d.

V. Komitet opracuje plan zdążający do utworzenia specjalnych oddziałów do badania i leczenia chronicznych cierpień reumatycznych.

VI. Z tego samego założenia wychodząc, Komitet przeprowadzi badania naszych Zdrojowisk, Zakładów Zdrojowych, czy odpowiadają wymaganiom leczniczym i higjenicznym.

VII. Polski Komitet Walki z Reumatyzmem porozumie się z Dyrektorami Klinik, celem zorganizowania Kursów Dokształcających w djagnostyce, terapji i orzecznictwie chorób reumatycznych.

VIII. Komitet opracowuje plan propagandy o reumatyzmie, gdyż o chorobie tej wiedzą tylko ci członkowie naszego społeczeństwa, którzy przechodzili ją osobiście.

IX. Komitet rozwinie energiczną akcję, celem uzyskania jaknajwiększej liczby czynnych członków, przedewszystkiem z pośród Dyrektorów Klinik i Szpitali, a zwłaszcza internistów, chirurgów, ortopedów i neurologów.

W dyskusji, jaka się wywiązała zabierali głos: Doc. Dr. Szenajch z punktu widzenia reumatyzmu dziecięcego, proponując uzupełnienie wykazu chorób reumatycznych przez chorcę.

Prof. Korczyński radzi powstrzymać się tymczasowo z organizowaniem Kursu Dokształcającego i poprzestać narazie na wydaniu monografji naukowej o reumatyzmie, której redakcję uchwalono powierzyć dwóm członkom Komitetu.

W sprawie przystąpienia do Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej z Centralą w Amsterdamie, do której należy już obecnie 26 państw, — na wniosek b. Ministra Dra Chodźki uchwalono powstrzymać się narazie z akcesem polskiego Komitetu, aż do chwili rozwinięcia realnej akcji przeciwreumatycznej.

Uchwalono ponadto powierzyć Dr. Kłuszyńskiemu opracowanie artykułu popularnego dla „Przeglądu Zdrojowego", Prof. Korczyńskiemu wystosowanie imieniem Komitetu Memorandum w sprawie powołania specjalnego Inspektoratu Balneologicznego.

Ponadto uchwalono zapoczątkowanie badań nad reumatyzmem zawodowym (u górników), jak również dokonano szeregu poprawek w przedstawionym przez Dra Kłuszyńskiego projekcie historji choroby, poczem posiedzenie zamknięto.

Dnia 12-go u. m. rozpoczął się w Państwowej Szkole Higieny III-ci kurs uzupełniający dla lekarzy z zakresu trachomatologii i organizacji społecznej walki z jaglicą.

Na kurs wpłynęło przeszło 100 zgłoszeń lekarzy ze wszystkich województw.

Ze względów technicznych, Państwowa Szkoła Higieny mogła przyjąć na kurs tylko 60-ciu lekarzy.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W piątek, 14 grudnia w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyło się posiedzenie odczytowo-dyskusyjne, na którem, po komunikatach Zarządu, wygłoszono odczyty: 1) Dr. Stanisław Kopczyński: Współczesny stan higjeny szkolnej w Polsce. 2) Dr. Marjan Roszkowski: Stan opieki higjeniczno-lekarskiej w szkolnictwie powszechnem m. st. Warszawy.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zawiadamia, że nowy Statut Kasy Pogrzebowej zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską wchodzi w życie od dnia 31 grudnia 1928 r.

Kurs analiz lekarskich. Dnia 14 stycznia 1929 r. Państwowy Zakład Higjeny rozpoczyna 5-cio miesięczny kurs analiz lekarskich. W Polsce nie było dotychczas tego rodzaju kursów. Chcący zapoznać się z tą gałęzią wiedzy musieli wyjeżdżać do Wiednia, Paryża, Berlina.

Program kursu obejmować będzie w zasadzie całokształt badań, potrzebnych dla wykonywania analiz lekarskich:

a) z bakterjologii: djagnostykę bakterjologiczną chorób zakaźnych (błonicy, gruźlicy, duru brzusznego, czerwonki i t. p.),

b) z serologji: serodjagnostykę chorób zakaźnych (reakcja Widala, Weil-Felix'a), serodjagnostykę kiły i t. p. (odczyn Wassermanna, Sachsa-Georgiego, Kahna),

c) z mikroskopji klinicznej: hematologję, badania na zimnicę, krętkowice, robaki, grzybki chorobotwórcze,

d) badania chemiczne i mikroskopowe moczu, kału, treści żołądka, płynu mózgowo-rdzeniowego, wysięków i t. p.,

e) z chemji klinicznej: badania ilościowe moczu i krwi (oznaczenie azotu, mocznika, kwasu moczowego, cukru i t. p.).

Zajęcia trwać będą od 9-tej do 3-ciej popołudniu. Wykłady 1—2 godziny dziennie, reszta zajęcia praktyczne. Kończący kurs otrzymywać będą świadectwa, stwierdzające, że są pod względem fachowym przygotowani do wykonywania badań lekarskich. Kwalifikacje potrzebne do przyjęcia na kursy: ukończone studja wyższe: 1) lekarskie, 2) farmaceutyczne, 3) przyrodnicze, 4) chemiczne. Kandydaci, nie posiadający wyższych studjów, mogą być przyjmowani jako wolni słuchacze. Opłata za kurs wynosić będzie: wpisowe 100 zł, następnie 90 zł miesięcznie.

Agrykola — Parkiem Jordanowskim. Sprawa przekształcenia Parku Sobieskiego w Warszawie na wzorowy park Jordanowski wchodzi na realne tory. W najbliższym czasie w imieniu Ministerstwa W. R. i O. P. przejmuje park od Związku Polskich Związków Sportowych specjalna komisja Kuratorjum Szkolnego Warszawskiego, złożona z trzech członków z Dr. Mitkewiczem na czele. Przejęcie faktyczne jednak nastąpi dopiero po załatwieniu strony prawnej. Biuro projektów PUWF opracowuje odpowiednie urządzenia na terenie Parku. Park podzielony będzie na dwie części, roboty w pierwszej części będą ukończone w roku bieżącym. Przewidziane są specjalne boiska dla koszykówki, siatkówki, hazeny, tory saneczkowe i t. d. Dotychczasowe boisko i bieżnia będą nadal służyły do użytku klubów

Otwarcie pierwszego basenu pływackiego w Warszawie. W listopadzie odbyło się uroczyste otwarcie i oddanie do użytku nowego basenu pływackiego przy ul. Łazienkowskiej wybudowanego staraniem P. U. W. F. Po raz pierwszy basen został napełniony wodą w obecności szeregu przedstawicieli władz i rganizacyj sportowych.

Basen posiada wymiary 50 × 25 metrów, głębokości 4,50 m pod skocznią, a 1,20 w przeciwległym końcu. Cały budynek wykonany jest z żel-betonu, posiada szatnię i wszelkie urządzenia sportowe. W okresie zimowym zostanie prawdopodobnie urządzona na terenie basenu ślizgawka. Uroczyste poświęcenie basenu odbędzie się dopiero na wiosnę roku przyszłego.

Zaznaczyć należy ż w ten sposób Warszawa pozyskała pierwszy basen pływacki. Przepisowe wymiary tego basenu pozwolą na organizowanie w nim wszelkich zawodów międzynarodowych a m. in. trójmeczu słowiańskiego, meczu Polska-Belgja i t. p.

Kraków.

Otwarcie parku gier i zabaw sportowych im. Bartłomieja Nowodworskiego w Krakowie. Jednym z żywych pomników niepodległości w Krakowie jest park gier i zabaw sportowych im. Bartłomieja Nowodworskiego. Otwarcia parku dokonano na pl. Groble. Uroczystość tę obchodziła młodzież gimnazjum państwowego im. Nowodworskiego. Park ten powstał dzięki staraniom dyrekcji gimnazjum, oraz komitetów: obywatelskiego i rodzicielskiego. Tereny boiska parkowego podzielono na dwie części, dla uczniów i uczenic i obejmują one obok bieżni, także rzutnie, skocznie i urządzenia dla gier ruchowych. Przewidziane również jest zbudowanie w przyszłości dwóch trybun.

Na uroczystość otwarcia przybyli przedstawiciele władz miejskich z wiceprezesem Dr. Schneidrem, kurator Dr. Kupczyński, dyrektorzy wszystkich szkół średnich, przedstawiciele wojskowości, towarzystw sportowych i młodzież szkolna. Po dokonaniu poświęcenia przez ks. Dr. Ciaputę, przemówił Dr. Schneider, poczem orkiestra gimnazjalna odegrała hymn państwowy. Następnie przemówił Dr. Kupczyński, a imieniem komitetu rodzicielskiego jen. Czikiel i dyr. Zachemski, wreszcie jeden z uczniów. W czasie uroczystości obok orkiestry odśpiewały chóry gimnazjum i seminarjum im. Preissendanza szereg pieśni.

Lwów.

Lwowska Izba Lekarska, na zasadzie uchwały Zarządu Izby z 12 grudnia 1928 r., zmieniła sposób pobierania należności izbowych od członków zamieszkałych we Lwowie. Mianowicie zamiast wysyłać inkasenta, co się okazało niepraktyczne, będą Kolegom przesyłane perjodycznie blankiety P. K. O. wraz z wykazem przypadających należności.

Prezydjum Izby zwraca się do Kolegów z gorącą prośbą, ażeby po otrzymaniu blankietów zechcieli niezwłocznie wysyłać wykazaną sumę, przez co ułatwia w wysokim stopniu pracę Zarządu Izby.

Poznań

Wychowanie fizyczne na Powszechnej Wystawie Krajowej w Poznaniu. Z inicjatywy dyrektora działu P. W. K. „Higjena, Wychowanie Fizyczne, Opieka Społeczna“, ppłk. Dra Osmólskiego, odbyło się, pod przewodnictwem prof. Dra Piaseckiego posiedzenie Grupy Wychowania Fizycznego i Sportu. Grupa ukonsytuowała się, wybierając przewodniczącym p. Wolskiego (Sokół), zastępcą radnego m. Stürmera (org. sportowe), sekretarzem por. Kaseję (Centr. Szk. Wojsk. W. F). Stwierdzono duże zainteresowanie się instytucyj i związków, tak, że grupa ta zajmie poczesne miejsce w budującym się przy ul. Śniadeckich wspaniałym gmachu Miejskiej Szkoły Handlowej.

Walne Zebranie Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej odbyło się w Poznaniu. Po zagajeniu przez prezesa Ligi, prof. E. Piaseckiego, wybrano przewodniczącym radcę Starostwa kraj., Cybulskiego, zastępczynią zaś p. Wojniewiczównę (del. Zjednoczenia Młodzieży Żeńskiej). Tegoroczne obrady Ligi świadczą o znacznem pogłębieniu i wszechstronnem nieomal ujęciu zagadnienia alkoholu. Wśród obecnych byli delegaci Starostwa Krajowego, Wydziałów powiatowych, burmistrzowie miast; życzenia nadesłali: rektor Uniwersytetu Poznańskiego, Towarzystwo Szkoły Ludowej w Krakowie i in.; byli uczestnicy obrad z Warszawy, Łowicza, Płocka, z Podhala, Katowic, z Gniezna, Kościana oraz reprezentanci 4 dzienników. Na komisji kobiecej było około 25 pań, na komisji prawno-gospodarczej 15 osób, na komisji opieki społecznej nad alkoholikami było zgórą 50 osób, co świadczy o żywem zainteresowaniu się tem naglącem niestety zagadnieniem. Owocem obrad komisyjnych są doniosłe rezolucje, a to w sprawie dostawy dobrego mleka, przestrzegania ustawy przeciwalkoholowej, założenia „Domu Trzeźwości“ w Poznaniu, gospód bezalkoholowych, poradni dla alkoholików i t. d. Zebranie dokonało zmian statutu Ligi, zmierzających do sprawniejszej działalności tej tak pożytecznej organizacji.

Polskie Towarzystwo Antropologiczne. Dnia 15-tego grudnia b. r. odbyło się walne zebranie Polskiego Towarzystwa Antropologicznego z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokołu poprzedniego zebrania. — 2) Wybór Zarządu. — 3) Odczyt Dr. Michała Ćwirko-Godyckiego p. t.: „O linji skroniowej pod względem antropologicznym“. — 4) Wykład Prof. Dr. Adama Wrzoska p. t.: „Rzut oka na rozwój antropologii w Polsce w bieżącem stuleciu“.

Wilno.

Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. (Okólnik Nr. 2). Od chwili wydania w kwietniu ub. r. pierwszego okólnika w sprawie Zjazdu prace przygotowawcze Komitetu Organizacyjnego posunęły się następująco:

I. Termin Zjazdu ustalono na dnie 26—29 września 1929 r.

II. Sekcje Naukowe zorganizowały się w sposób następujący:

Sekcja Nr. 1. (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przewodniczący: prof. dr. Wiktor Staniewicz; zastępcy przewodniczącego: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski.

Sekretarz: Prof. dr. Juljusz Rudnicki, zast. sekretarza, prof. dr. Stefan Kempisty. Adres biura Sekcji: Obserwatorjum Astronomiczne U. S. B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przewodniczący: prof. Kazimierz Sławiński, zast. przew.: prof. dr. Edward Bekier, sekretarz Magister Osman Achmatowicz, Biuro: Zakład Chemji Organicznej U S. B. ul. Nowogródzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologji, geofizyki, geografji, mineralogji i paleontologji). Przewodniczący: prof. dr. Bronisław Rydzewski, sekretarz dr. Paweł Radziszewski. Biuro: Zakład Geologji U. S. B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologji, antropologji i biologji). Przewodniczący: prof. dr. Jerzy Alexandrowicz, sekretarz prof. dr. Jan Prüffer. Biuro: ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przewodniczący: prof. dr. Józef Trzebiński, zastępca przewodniczącego: prof. dr. Piotr Wiszniewski, sekretarz Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki rolniczej U. S. B. ul. Zakrętowa 1. (Collegjum im. J. Piłsudskiego).

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo-dydaktyczny). Przewodniczący dr. Zygmunt Fedorowicz (ul. Mała Pohulanka 11), zast. przewodniczącego dr. Aleksander Dmochowski, (ul. Mała Pohulanka 1), sekretarz Zygmunt Hryniewicz, nauczyciel gimn. ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo-rolnicza). Przewodniczący: prof. dr. Stefan Bazarewski, sekretarz inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B. Zakrętowa 1.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Opoczyński, zastępca: prof. dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz, sekretarz dr. Zygmunt Jakubowski. Biuro: Zakład Anatomji Patologicznej U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterjologji, higjeny i medycyny społecznej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbut, zastępcy prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman, sekretarz doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład higjeny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10. (Fizjologji, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologji). Przewodniczący: prof. dr. C. Traczewski, zastępca przewodniczącego prof. dr. M. Eiger, sekretarz dr. M. Jagodowski. Biuro: Zakład fizjologji U. S. B. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 11. (Medycyny wewnętrznej). Przewodniczący: prof. dr. Z. Orłowski, zast. przew. dr. Leon Klott, sekretarze dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna. Biuro: I. Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. — Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12. (Chirurgji i radjologji). Przewodniczący prof. dr. K. Michejda. Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 13. (Otolaryngologji). Przewodniczący prof. dr. J. Szmurło, zastępca przewodniczącego dr. F. Świeżyński, sekretarze: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna. Antokol.

Sekcja Nr. 14. (Pedjatrji). Przewodniczący prof. dr. W. Jasiński, sekretarz dr. H. Kaulbersz-Marynowska. Biuro: Klinika chorób dzieci. Antokol, szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 15. (Chorób nerwowych). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Władyczko, sekretarz dr. Janina Hurynowiczówna. Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 16. (Psychjatrji). Przewodniczący prof. dr. R. Radziwiłłowicz, sekretarz dr. H. Jankowska. Biuro: Klinika psychjatryczna U. S. B., Letnia 5. Antokol.

Sekcja Nr. 17. (Okulistyki). Przewodniczący prof. dr. J. Szymański, zastępca przew. dr. Halicki, sekretarz dr. Abramowicz. Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 18. (Ginekologji i położnictwa). Przewodniczący prof. dr. W. Jakowicki, sekretarz dr. W. Zaleski. Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B. ul. Bogusławskich 3.

Sekcja Nr. 19. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przewodniczący dr. Hanusowicz, zastępca przew. dr. M. Mienicki, sekretarz dr. E. Sawicki. Biuro: Klinika chorób skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Stomatologji) — dotąd nie zorganizowano.

Sekcja Nr. 21. (Historji i filozofji medycyny). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Trzebiński. Biuro: Seminarjum historji medycyny U. S. B. Kolegjum Świętojańskie.

Sekcja Nr. 22. (Medycyny wojskowej) — dotąd nie zorganizowana.

Sekcja Nr. 23. (Nauk farmaceutycznych). Przewodniczący profesor Jan Muszyński, sekretarz inż. W. Strażewski. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B. ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 24. (Weterynarji) — dotąd niezorganizowana.

Podając powyższe do wiadomości wszystkich, mających zamiar wziąść udział w Zjeździe, Komitet organizacyjny prosi, by w sprawach naukowych zgłaszano się do przewodniczących poszczególnych sekcyj. W sprawach sekcyj dotąd niezorganizowanych, jakoteż w sprawach ogólnych zwracać się należy do sekretarza generalnego. Prof. Michejda, sekretarz generalny. Prof. Januszkiewicz, przewodniczący.

Z kraju.

Sezony zimowe w uzdrowiskach polskich. Z roku na rok wzmaga się w społeczeństwie zrozumienie wartości leczniczej sezonów zimowych w naszych uzdrowiskach, równocześnie zaś ze zrozumieniem tem rośnie ilość korzystających z tych sezonów.

Powiększa się też liczba uzdrowisk prowadzących sezony zimowe.

Wartości sezonów tych są znaczne: pogoda w uzdrowiskach naszych, położonych zwłaszcza w Karpatach, jest zimą bardzo piękna; silne opady śnieżne, brak wiatrów, wielkie nasilenie promieni słonecznych, spokój i cisza stanowią doskonałe warunki odpoczynku i leczenia. Odpowiednia ilość należycie dla celów zimowych wyposażonych mieszkań umożliwia łatwe zyskanie pomieszczenia i należytą aprowizację.

Ceny mieszkania i utrzymania w sezonach zimowych, podobnie jak wysokość taks kuracyjnych i opłat kąpielowych naogół są znacznie niższe od cen pobieranych w sezonach letnich.

Celem poinformowania społeczeństwa o warunkach korzystania z sezonów zimowych w poszczególnych, czynnych w zimie, uzdrowisk polskich podajemy następujące szczegóły.

Właściwości leczniczych poszczególnych uzdrowisk nie podajemy, przypuszczamy bowiem, iż znane są one tym, którzy w uzdrowiskach pragną spędzić zimę.

Bystra obok Białej, woj. krakowskie, pow. Biała. 370 m. n. p. m. St. kol. Wilkowice - Bystra na szlaku Dziedzice - Żywiec o dwa kilometry od zimowiska. Sezony całoroczne. Taksy klimatycznej w zimie niema. Cena pokoi z utrzymaniem 12—15 zł, ponadto opał 80 gr dziennie. Światło elektryczne.

Pensjonaty: Franciszka Pawlusia i Dra M. Szarewskiego.

Jaremcze, woj. Stanisławów, pow. Nadwórna. 525 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Początek sezonu zimowego 15 grudnia. Sezon trwa do 31. III. Taksa klimatyczna 12 zł. Dla członków Pol. Tow. Tatrzańskiego 3 zł. Pokoje z utrzymaniem 8—9 zł., ponadto za usługę 5%, światło elektryczne 30 gr. opał 1 zł. dziennie. Narciarze korzystać mogą ze specjalnego schroniska prowadzonego przez Komisję Klimatyczną, w którem koszta pomieszczenia i całkowitego utrzymania wynoszą 5—6.70 zł. dziennie.

Pensjonaty: Lwigród, Marta, Raj, Kamień Dobosza, Zygmuntówka, Fila i Tilla.

Jaworze na Śląsku, woj. śląskie, pow. bielski. 352 m. n. p. m. St. kol. Jasienica na szlaku Bielsko-Cieszyn. Około 3 km od zimowiska. Sezon cały rok. Taksy klimatycznej w zimie niema. Czynny Zakład Leczniczy im. Dra Czopa. Cena pokoju z utrzymaniem od 11—14 zł. ponadto za opał dziennie 80 gr i 5% za usługę.

Kosów, woj. stanisławowskie, powiat Kosów za Kołomyją. 346 m. n. p. m. St. kol.: Kołomyja o 32 km i Zabłotów o 28 km obie na szlaku Lwów - Stanisławów - Śniatyn Dojazd do zimowiska autobusem. Taksy klimatycznej w zimie niema. Czynna w zimie willa „Lubicz". Całodzienne utrzymanie 10 zł, za pościel 1 zł dziennie, za opał 50 gr, dodatek na służbę 3 zł tygodniowo.

Krynica, woj. krakowskie, pow. Nowy Sącz. 560 m. n. p. m. St. kol. Krynica w samem uzdrowisku. Sezon 1. XI. do 31. III. Taksa zdrojowa: za 2 tygodnie 17 zł, za 6 tygodni 32 zł. Urzędnicy państwowi: 7 i 12 zł. Zakład wydaje kąpiele mineralne (4,80 do 5.80 zł), borowinowe (2,20—7 zł), zabiegi wodo- i elektrolecznicze (2,40—3,80 zł). Cena pokoi w willach prywatnych 5—9 zł, ponadto 30 gr za światło, 1 zł za opał i 10% podatku gminnego. Całodzienne utrzymanie w pensjonatach I i II klasy 8—10 zł.

Pensjonaty: Alfredówka, Cis, Dewajtis, Dra Edelmana, Flora, Giewont, Goplana, Kryniczanka, Lotos, Lwigród, Małopolanka, Mimoza, Pogoń, Stella, Schwarza, willa Ułana, Witoldówka (Dra Skórczewskiego), Prezydent Wilson, Pod zegarem, Dra Zarzyckiego, Fogel, Bellemonte, Biariz i Kolleta.

Nałęczów, woj. lubelskie, pow. Puławy. 217 m. n. p. m. St. kol. Nałęczów. 3 i pół km od uzdrowiska. Ulgowy sezon zimowy od 15. XI. do 25. III. Cena trzechtygodniowego pobytu (mieszkanie, światło, opał, czterokrotny posiłek, porady lekarskie, wszystkie zabiegi lecznicze) 270 zł, ponadto 10% za usługę, względnie 15% o ile gość jada w pokoju. Taksa kuracyjna 7,50 od osoby. Dzieci do lat 8 Zakład nie przyjmuje. Za konie ze stacji do Zakładu 5 wzgl. 3 zł od osoby. Za bieliznę pościelową 60 gr dziennie. Osoby przybywające do Zakładu na czas krótszy niż 3 tygodnie płacą za pokój z utrzymaniem dziennie 14 zł prócz należytości dodatkowych wyżej wymienionych, a za zabiegi lecznicze od 1 zł. — 5 zł. Poza Zakładem jest czynny Hotel Centralny. Informacyj o pobycie w Nałęczowie udziela Dyrekcja Nałęczowa w Warszawie przy ul. Mianowskiego 4. (Kolonja Lubeckiego — dojazd tramw. 25) tel. 170-42.

Otwock, woj. warszawskie, pow. warszawski. 97 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Sezon całoroczny. Taksa klimatyczna za pobyt w willach prywatnych do 15 dni — 11 zł, do 30 dni — 15 zł, do 60 dni — 22 zł, do 90 dni — 28 zł. W sanatorjach, hotelach i pensjonatach I kat. i II kat. do 7 dni — 6 zł, względnie 5 zł, do 14 dni — 11 wzgl. 8 zł. do 30 dni — 18 względnie 14 zł. Za każdy następny miesiąc 15 względnie 12 zł od osoby. Dzieci do lat 10-ciu wolne od taksy. Pokoje z utrzymaniem w sanatorjach 20—24 zł dziennie od osoby, w pensjonatach I kl. 15—20 zł, II kl. 12—15 zł, III kl. 10—12 zł.

Pensjonaty I kl.: Łubieńskiej, Dra Perzyńskiego, Michałowskiej, Górewicza, Openchowskiego, Jankowskiej, Eugenja, Michelsona, Gelbfisza, Wachmana, Wachsa.

Rabka, woj. krakowskie, pow. Maków. 478—550 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Sezon od 15. XII. do 31. III. Taksa kuracyjna od dorosłych 3 zł tygodniowo, od dzieci do lat 15 — 2 zł miesięcznie. Kąpiele lecznicze wydają wille: Luboń, Orzeł, Szarotka, Primavera. Sanatorjum Dra Tomczyka. Ceny kąpieli zł 6—7. Ceny pokoi z utrzymaniem 10—18 zł, ponadto za opał zł 1.50 dziennie.

Wille i pensjonaty: Luboń, Orzeł, Szarotka, Stella, Liljana, Primavera, Goplana. Opatrzność, Bellevue, Sanatorjum Dra Tomczyka. Gimnazja i Zakłady wychowawcze: męskie: Dra Wieczorkowskiego, Dra Olszewskiego; żeńskie: Sióstr Nazaretanek i Szczukowej.

Szczawnica, woj. krakowskie, pow. Nowy Targ. 500 m. n. p. m. St. kol. Stary Sącz, skąd kryte autobusy pocztowe dwa razy dziennie do Szczawnicy Sezon zimowy od listopada do kwietnia o charakterze klimatycznym, bez picia wód, kąpieli i inhalatorów. Taksy zdrojowej niema. Cena pokoi z utrzymaniem, opałem i światłem od 13,50—14,50 dziennie.

Pensjonaty: Zdrojowy, Dra Kołączkowskiego, Pod Kraszewskim, Szalayowej, Poznanianka, Krumholzów.

Wisła, woj. śląskie, pow. Cieszyn. 428—600 m. n. p. m. St. kol. Polana o 5 km od zimowiska. Taksy klimatycznej niema. Cena pokoi z utrzymaniem od 10—12 zł. za opał 1 zł dziennie, dodatek na służbę 1 zł. Za zmianę pościeli 6 zł.

Pensjont Bukowa, Hotel Piast.

Worochta, woj. stanisławowskie, pow. Nadwórna 750 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Sezon od 1 XI do 1. V. Taksa klimatyczna od głowy rodziny 10 zł, od członków rodziny po 7 zł, od dzieci powyżej lat 10-ciu zł 3. Cena pokoi z utrzymaniem od 9—12 zł, ponadto 5% za usługę, za opał 1 zł.

Pensjonaty: Lena, Pod Matką Boską, Słoneczna, Nad Prutem, Marja, Bożenka, Warszawianka, Howerla, Zdrowie.

Zakopane, woj. krakowskie, pow. Nowy Targ. 830—920 m. n. p. m. St. kol w miejscu. Uzdrowisko czynne cały rok. Główny sezon zimowy od 15. XII. do 31. III. Taksa kuracyjna za pobyt jednotygodniowy 8 zł, dwa tygodnie 12 zł, trzy tygodnie 16 zł, cztery tygodnie 20 zł, pięć tygodni 24 zł. Ponadto na fundusz regulacyjny za każdy tydzień pobytu 1 zł i jednorazowo na fundusz przeciwgruźliczy 1 zł.

Pensjonaty podzielone na 3 kategorje. Wszystkie są skanalizowane i elektrycznie oświetlone, pensjonaty zaś I i II kategorji mają centralne ogrzewanie i umywalnie z bież. ciepłą wodą w każdym pokoju. Ceny pokoi z utrzymaniem: w pensjonatach I kat. od 19,50 — 24 zł, w pensjonatach II kat. od 15,50—19,50 zł, III kat. od 13,50—16,50 dziennie. Ceny samych pokoi: I kat. od 9,50, II kat. od 6,75, III kat. od 5,50 dziennie, ponadto 5% dla służby i 1 zł za opał. Pokoje w hotelach: I kat. od 12 zł. II kat. od 8 zł, III kat. od 6,50 zł. ponadto 5% dla służby. W czasie Świąt Bożego Narodzenia wolno pensjonatom i hotelom doliczać 20% podwyżki, tytułem wyższych kosztów świątecznego utrzymania.

Sanatorjum Czerwonego Krzyża pobiera za pięciokrotny posiłek dziennie 13 zł. Za pokoje od 3—9 zł (jednoosobowe), i od 8—20 zł (za dwu i trzyosobowe). Za odkażanie jednego pokoju 10 zł. Za wstępne badanie lekarskie obowiązkowe 20 zł, natomiast stała opieka lekarska bezpłatnie. Dodatek na służbę 5%. Opłata dzienna za całość utrzymania z dodatkiem na służbę od 16,80—27,30 zł, od drugiej zaś osoby w tym samym pokoju 13.65 zł.

Sanatorja, wille i pensjonaty: Czerwonego Krzyża i Dra Hawranka, Hotel Bristol. Pensjonaty: Atlas, Kryta, Łubień I i II, Cyganka, Margot, Krywań, Nasza, Sienkiewiczówka, Staszeczkówka, Uciecha. Informacyj o Zakopanem udziela Towarzystwo Przyjaciół Zakopanego.

Zaleszczyki nad Dniestrem, woj. tarnopolskie, pow. w miejscu. 300 m. n. p. m. St. kol. w miejscu. Uzdrowisko czynne cały rok. W zimie nie pobiera taksy klimatycznej. Czynny w zimie pensjonat „Plaża".

Kuracjusze powracający ze wszystkich powyższych uzdrowisk (z wyjątkiem Bystrej, Jaworza i Kosowa) po 14-dniowym pobycie korzystają z opustu 66% od ceny normalnej biletu kolejowego. Szczegółowych informacyj o każdem z uzdrowisk wymienionych udzielą na każde żądanie Związek Uzdrowisk Polskich w Warszawie, Aleja Szucha 8 ml. Tel. 409-74.

Zmarli.

Dr. Jan Woźnicki, lekarz naczelny warszawskich teatrów miejskich, lekarz fabryki „K. Rudzki i Ska", pełen poświęcenia w sprawie leczenia powierzonych jego pieczy licznych rzesz pracowników teatrów i ludności fabrycznej. Zmarł w Warszawie dnia 3 grudnia b. r. w wieku lat 65.

Szymon Dzierzgowski profesor higjeny Uniwersytetu Warszawskiego, były kierownik działu bakterjologji w petersburskim Instytucie medycyny doświadczalnej i późniejszy jego dyrektor zmarł w Warszawie.

Dr. Jan Moszkowicz długoletni wiceprezes Izby lekarskiej Lwowskiej, niestrudzony pracownik i jeden z głównych organizatorów tej instytucji, dla wysokiej wartości zalet osobistych powszechnie bardzo ceniony obywatel i lekarz, zmarł we Lwowie w 71 roku życia.

Dr. Stanisław Kubisztal długoletni naczelny lekarz miasta Stanisławowa, zmarł tamże w 55-tym roku życia.

Dr. Zygmunt Dzikowski emerytowany starszy lekarz powiatu tarnowskiego zmarł w Tarnowie przeżywszy lat 80.